

Vergleich der Bewertungen verschiedener EBM- und GOÄ-Positionen

Gutachten

Eingereicht am 25.08.2019

Im Auftrag des

Bundesministerium für Gesundheit
Rochusstr. 1
53123 Bonn

Autoren

Dr. Thomas Höpfner
Dr. Carsta Militzer-Horstmann
Tobias Schäffer
Lisa Schmiedel
Franziska Stutzer

WIG2 GmbH
Wissenschaftliches Institut für
Gesundheitsökonomie und
Gesundheitssystemforschung
Markt 8
04109 Leipzig

Michael Ahrens
Thorsten Müller

Living Business AG
Humboldtstr. 30-32
70771 Leinfelden-Echterdingen

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	IV
Tabellenverzeichnis.....	V
Abkürzungsverzeichnis.....	VI
1 Einführung in die Fragestellung.....	1
2 Darstellung der Honorarordnungen.....	3
2.1 Darstellung EBM.....	3
2.2 Darstellung GOÄ.....	5
2.3 Zusammenfassung der Unterschiede und Herausforderungen beim Vergleich.....	7
3 Methodisches Vorgehen.....	9
3.1 Aktueller Forschungsstand.....	9
3.2 Ablauf der Studie – Gesamtvorgehen bei der Analyse.....	9
3.3 Zugrundeliegende Annahmen.....	10
3.4 Vorgehen bei der Bewertung.....	12
3.4.1 Allgemeines Vorgehen bei der Bewertung.....	12
3.4.2 Konkretes Vorgehen am Beispiel der GOP 06210.....	13
3.5 Musterpatienten.....	14
4 Ergebnisse.....	16
4.1 Überblick über die Ergebnisartefakte.....	16
4.2 Teilergebnisse.....	17
4.2.1 Grundsätzliche Informationen.....	17
4.2.2 Augenheilkunde.....	18
4.2.3 Chirurgie.....	20
4.2.4 Gynäkologie.....	21
4.2.5 Hausärzte.....	23
4.2.6 Innere Medizin /Kardiologie.....	24
4.2.7 Innere Medizin /Nephrologie.....	26
4.2.8 Kinder- und Jugendmedizin.....	27
4.2.9 Orthopädie.....	29
4.2.10 Psychotherapie.....	30
4.2.11 Radiologie.....	31
4.3 Musterpatienten.....	32
4.3.1 Für alle Musterpatienten getroffene Annahmen.....	32
4.3.2 Musterpatient 1.....	33

4.3.3	Musterpatient 2.....	34
4.3.4	Musterpatient 3.....	37
4.3.5	Musterpatient 4.....	39
4.3.6	Musterpatient 5.....	41
5	Schlussfolgerungen	42
5.1	Diskussion der Ergebnisse	42
5.2	Limitationen	45
5.3	Ausblick und Fazit.....	47
	Verwendete Literatur	48
	Anhang 1 Glossar EBM	VII
	Anhang 2 Glossar GOÄ	XXVI

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Für die Zielerreichung zu beantwortende Leitfragen	2
Abbildung 2: Veranschaulichende Darstellung zu den Unterschieden zwischen EBM und GOÄ.	7
Abbildung 3: Herausforderungen und Relevanz des Gutachtens	8
Abbildung 4: Ablaufdiagramm zum Gesamtvorgehen der Studie	10
Abbildung 5: Vergleich der Vergütung ärztlicher Tätigkeiten nach EBM und GOÄ	12
Abbildung 6: Aufgeschlüsselte Leistungspositionen zur GOP 06210.....	15
Abbildung 7: Beschreibung Musterpatient 1	33
Abbildung 8: Beschreibung Musterpatient 2	34
Abbildung 9: Beschreibung Musterpatient 3	37
Abbildung 10: Beschreibung Musterpatient 4.....	39
Abbildung 11: Beschreibung Musterpatient 5.....	41

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der Faktoren zur Anpassung des Gebührensatzes.....	5
Tabelle 2: Übersicht der Ergebnisse bisheriger Studien	9
Tabelle 3: Auszug aus der Teilergebnistabelle, GOP 06210	14
Tabelle 4: Ergebnisartefakte der für das Gutachten durchgeführten Analysen	16
Tabelle 5: Ergebnisse des Vergleichs von GOP in der Augenheilkunde mit dem Minimalwert der LP nach GOÄ.....	19
Tabelle 6: Ergebnisse des Vergleichs von GOP in der Chirurgie mit dem Minimalwert der LP nach GOÄ.....	20
Tabelle 7: Ergebnisse des Vergleichs von GOP in der Gynäkologie mit dem Minimalwert der LP nach GOÄ.....	22
Tabelle 8: Ergebnisse des Vergleichs von GOP der Hausärzte mit dem Minimalwert der LP nach GOÄ.....	23
Tabelle 9: Ergebnisse des Vergleichs von GOP in der Kardiologie mit dem Minimalwert der LP nach GOÄ.....	25
Tabelle 10: Ergebnisse des Vergleichs von GOP in der Nephrologie mit dem Minimalwert der LP nach GOÄ.....	26
Tabelle 11: Ergebnisse des Vergleichs von GOP in der Kinder- und Jugendmedizin mit dem Minimalwert der LP nach GOÄ.....	28
Tabelle 12: Ergebnisse des Vergleichs von GOP in der Orthopädie mit dem Minimalwert der LP nach GOÄ.....	29
Tabelle 13: Ergebnisse des Vergleichs von GOP in der Psychotherapie mit dem Minimalwert der LP nach GOÄ	30
Tabelle 14: Ergebnisse des Vergleichs von GOP in der Radiologie mit dem Minimalwert der LP nach GOÄ.....	31
Tabelle 15: Bewertung Musterpatient 1 nach EBM und GOÄ	34
Tabelle 16: Bewertung Musterpatient 2 nach EBM und GOÄ	36
Tabelle 17: Bewertung Musterpatient 3 nach EBM und GOÄ	38
Tabelle 18: Bewertung Musterpatient 4, offen chirurgisch nach EBM und GOÄ.....	40
Tabelle 19: Bewertung Musterpatient 5 nach EBM und GOÄ	41
Tabelle 20: Zusammenfassung der Ergebnisse der Einzelbewertungen.....	42
Tabelle 21: Zusammenfassung der Ergebnisse der Musterpatientenbewertung	43

Abkürzungsverzeichnis

BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMV-Ä	Bundemantelvertrag-Ärzte
CT	Computertomographie
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOP	Gebührenordnungsposition/en
KBV	Kassenärztlichen Bundesvereinigung
KK	Krankenkassen
KOMV	Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungswesen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LP	Leistungsposition/en
MRT	Magnetresonanztomographie
PKV	Private Krankenversicherung
SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch
SSW	Schwangerschaftswoche

1 Einführung in die Fragestellung

Der Koalitionsvertrag der aktuellen Legislaturperiode hält fest, dass der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) als Honorarordnung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) als Leistungsverzeichnis der privatärztliche Versorgung grundlegend überarbeitet werden müssen (CDU/CSU/SPD (Hrsg.), 2018, S. 99). Die Unterschiede zwischen den Vergütungssystemen führen dazu, dass die gleiche ärztliche Tätigkeit eventuell unterschiedlich entlohnt wird. Der EBM erhielt diverse Anpassungen, die jeweils punktuell erfolgten, jedoch auf keiner grundsätzlichen, gesamthaften und richtungskonsistenten Reform basierten (vgl. NEUMANN et al., 2014, S. 15). Hierbei erfuhr der EBM zunehmend Pauschalierungen und weitere Zusammenfassungen von Einzelleistungen zu Leistungskomplexen (vgl. NEUBAUER & MINARTZ, 2013, S. 22). Die GOÄ trat 1982 in Kraft und wurde zuletzt 1996 überarbeitet. Die seltener stattgefundenen Anpassungen der GOÄ im Vergleich zum EBM erfolgten ebenso wenig grundlegend bzw. gesamthaft (vgl. KRÖGER, 2015, S. 23 ff.; NIEHAUS, 2009, S. 7 f.). Als Folge ergeben sich große Differenzen in der Bezeichnung zwischen den in der GOÄ aufgeführten Positionen und den tatsächlich durchgeführten ärztlichen Tätigkeiten, denn aufgrund dieser fehlenden kompletten Überarbeitung legitimiert § 6 Abs. 2 GOÄ die Abrechnung von Analogleistungen. Sofern eine erbrachte ärztliche Leistung keine eigene Position im Leistungsverzeichnis der GOÄ hat, dürfen Ärzte eine Leistung abrechnen, die nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertig ist.

Darüber hinaus gibt es Unterschiede hinsichtlich des Umfangs der Leistungsinhalte zwischen den beiden Systemen. Die GOÄ gilt im Gegensatz zur grundsätzlichen Pauschalierung des EBM als Einzelleistungsvergütungssystem (vgl. NEUBAUER & MINARTZ, 2013, S. 22). Die Differenzen liegen in der Zusammensetzung jeweiliger Einzelpositionen und in der Abdeckung des ärztlichen Leistungsspektrums. Dabei erhebt die GOÄ selbst nicht den Anspruch einer vollständigen Abdeckung (vgl. PKV-VERBAND DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG (Hrsg.), 2019, o.S.). Die GOÄ ist mit sog. Steigerungsbeträgen versehen, die die jeweilige Vergütungshöhe in einen Korridor für einzelne Leistungen bringt. Die Faktoren sehen je nach Zeitaufwand, Schwierigkeit und Umstand der Durchführung eine höhere oder geringere Vergütung vor (vgl. WALENZIK et al., 2008, S. 11).

Diese elementaren Unterschiede sorgen dafür, dass die Existenz der zwei Systeme kontinuierlich als Thema von politischen Debatten aufgegriffen wird. Nach Angaben des PKV-VERBANDES (2018) erhalten niedergelassene Ärzte durch die Leistungsausgaben der privaten Krankenversicherung (PKV) ca. 6,1 Milliarden Euro pro Jahr. Insgesamt waren im Jahr 2015 Leistungen, die als Privatabrechnungen abgerechnet wurden, für 26,6% der Einnahmen von Arztpraxen verantwortlich (STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.), 2018, S. 32).

Durch die systematischen Unterschiede zwischen der privaten und gesetzlichen Honorarordnung ergeben sich Konsequenzen für die gesamte ambulante Versorgung in Deutschland. Die durch die Bundesregierung attestierte Reformbedürftigkeit macht einen systematischen Vergleich der Honorarordnungen notwendig. Dies wird auch durch die Bildung der Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungswesen (KOMV) deutlich. Das Ziel dieses Gutachtens ist es, einen objektiven und systematischen Vergleich zwischen ausgewählten Gebührenordnungsposition (GOP) des EBM mit Leistungspositionen (LP) der GOÄ zu erstellen und damit die Arbeit der KOMV zu unterstützen. Hierbei werden folgende Leitfragen (**Abbildung 1**) beantwortet:

1. Was sind die institutionellen Unterschiede zwischen EBM und GOÄ?
2. Für welche konkreten ärztlichen Tätigkeiten wird eine ausgewählte GOP verwendet?
3. Unter welcher LP in der GOÄ werden diese konkreten ärztlichen Tätigkeiten erfasst?
4. Welche alternativen LP kommen für eine konkrete Tätigkeit infrage?
5. Wie hoch ist die Differenz der Vergütung einzelner ärztlicher Leistungen nach EBM und GOÄ?
6. Welche Faktoren sind für eventuelle Vergütungsunterschiede verantwortlich?

Abbildung 1: Für die Zielerreichung zu beantwortende Leitfragen

Zur Beantwortung der Fragen werden in Abschnitt 2 des Gutachtens die Honorarordnungen im Detail vorgestellt, um die Unterschiede zwischen den vertragsärztlichen und privatärztlichen Vergütungssystemen deutlich herauszustellen. Im anschließenden Abschnitt 3 wird das methodische Vorgehen erläutert. Nach einem kurzen Überblick über den aktuellen Forschungsstand wird sowohl das Gesamtverfahren der Studie als auch das Vorgehen für die einzelnen Bewertungen detailliert beschrieben. Einzelne konkrete ärztliche Tätigkeiten sollen mittels EBM und GOÄ bewertet und verglichen werden. Konkrete Betrachtung finden jeweils fünf von dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorgegebene und mit der KOMV abgestimmte GOP von zehn verschiedenen Arztgruppen, wobei als Kriterium grundsätzlich die finanzielle Bedeutung genutzt wurde. Hierdurch sollen die möglichen Vergütungsunterschiede dargestellt werden, die in der ärztlichen Praxis der ambulanten Versorgung eine weitreichende Bedeutung für die jeweilige Arztgruppe aufweisen. Die Darstellung und Erläuterung der Ergebnisse des Vergleichs erfolgt in Abschnitt 4. Der darauffolgende Abschnitt 5 nutzt ebenfalls von dem auftraggebenden Ministerium vorgegebene und mit der KOMV abgestimmte Musterpatienten, um die Unterschiede an praktischen Beispielen der Versorgung zu verdeutlichen. Der abschließende Abschnitt 6 diskutiert die Ergebnisse und zeigt mögliche Limitationen auf.

2 Darstellung der Honorarordnungen

Im Folgenden werden zunächst die beiden Honorarordnungen vorgestellt und im Grundprinzip erläutert. So werden die institutionellen Unterschiede zwischen EBM und GOÄ ([Leitfrage 1](#)) aufgezeigt und anschließend die dabei entstehenden Herausforderungen abgeleitet.

2.1 Darstellung EBM

Der EBM ist die Honorarordnung der vertragsärztlichen Versorgung und bestimmt neben dem Entgelt auch die Anforderungen für die Erbringung der einzelnen Leistungen (SIMON, 2017, S. 182). Grundlage ist § 87 Abs. 1 SGB V, welcher den EBM als immanenten Bestandteil des Bundesmantelvertrags zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband vorschreibt. Im EBM ist die gesamte ambulante vertragsärztliche Versorgung abgedeckt. Er überträgt den Inhalt der berechnungsfähigen Leistungen in Punkte. Der bundeseinheitliche Orientierungswert drückt den Wert eines Punktes in Euro aus. Im Jahr 2019 beträgt dieser Wert 0,108226 € (ERWEITERTER BEWERTUNGS-AUSSCHUSS (HRSG.), 2018). Dieser Orientierungswert kann auf regionaler Ebene im Rahmen von Verhandlungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und den Krankenkassen beziehungsweise deren Verbänden angepasst werden. Eine systematische Betrachtung der verfügbaren regionalen Euro-Gebührenordnungen ergab, dass keine relevanten Unterschiede für den Vergleich der im vorliegenden Gutachten betrachteten Positionen identifiziert werden konnten. Aus diesem Grund entsprechen die hier zugrunde gelegten Vergütungen der Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung dem bundeseinheitlichen Orientierungswert, multipliziert mit den Punkten für die jeweilige Leistung im EBM.

Die Leistungen werden im EBM als GOP bezeichnet, wobei es drei Unterscheidungen in Form von arztgruppenübergreifenden allgemeinen GOP, arztgruppenspezifischen GOP und arztgruppenübergreifenden spezifischen GOP gibt. Grundsätzlich sind GOP nur abrechnungsfähig, sofern der darin beschriebene obligate Leistungsinhalt vollständig erbracht wurde. Somit wird durch die obligaten Leistungen die Mindestanforderung an die ärztliche Leistung definiert. Weiterhin kann eine GOP fakultative Leistungen beinhalten, die bei Erbringung ebenfalls durch die GOP abgegolten sind.

Die Abrechnung von arztgruppenspezifischen GOP ist an bestimmte Qualifikationsvoraussetzungen gebunden. Diese Qualifikationsvoraussetzungen werden anhand eines notwendigen Fachgebiets definiert. Die arztgruppenübergreifenden spezifischen GOP bedürfen eines Schwerpunktes, einer Zusatzweiterbildung oder vergleichbaren Merkmalen, die in den GOP vorgeschrieben sind. Dementsprechend können nur solche Vertragsärzte die GOP abrechnen, die alle vorgegeben Qualifikationen aufweisen.

Vertragsärzte nutzen die GOP des EBM, um die erbrachten Leistungen der KV mitzuteilen. Die KV verteilt die Gesamtvergütung anhand der Abrechnungen an die einzelnen Ärzte. Für den Inhalt des EBM ist der Bewertungsausschuss zuständig. Dieser Ausschuss ist Teil der Selbstverwaltung und setzt sich aus Vertretern der KBV sowie Vertretern des GKV-Spitzenverbandes zusammen. Der Bewertungsausschuss hat die Aufgabe, die Leistungsbeschreibungen der GOP laufend an die Entwicklungen der Medizin und Technik anzupassen sowie neue Leistungen zu bewerten und aufzunehmen, die der G-BA in die vertragsärztliche Versorgung einführt.

Die vertragsärztliche Versorgung wird durch die zur Versorgung zugelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sichergestellt. An der Versorgung können Ärzte und Psychotherapeuten teilnehmen, sofern sie

durch die regionalen Zulassungsausschüsse, die paritätisch durch Vertreter der KV und der Krankenkassen (KK) besetzt sind, einen Eintrag ins Ärzteregister erhalten. Die Vertragsgrundlage der Versorgung wird sowohl durch die KBV als auch durch den Spitzenverband der gesetzlichen KK geschaffen und als Bundesmantelvertrag bezeichnet (BMV-Ä). Er stellt die Grundlage zur vertragsärztlichen Versorgung dar. Der Mantelvertrag regelt den Umfang der Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung (§ 2 BMV-Ä) sowie die dazugehörige Gesamtvergütung, die dafür von den KK gezahlt werden muss (§ 54 BMV-Ä). Die Gesamtvergütung hat eine befreiende Wirkung für die KK.

Die Gesamtvergütung ergibt sich aus der morbiditätsbedingten und der extrabudgetären Vergütung. Die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung wird durch das Leistungsvolumen des Vorjahres ausgedrückt in EBM-Punkten ermittelt. Hierfür wird die Fallzahl der abgerechneten GOP als Mengenkomponekte mit der im EBM hinterlegten Punktzahl als Preiskomponente multipliziert. Auf Grundlage der verhandelten regionalen Euro-Gebührenordnung, des ermittelten Behandlungsbedarfs und den regionalen Honorarverteilungsmaßstäben der einzelnen KVen werden mengenbeschränkende Grenzen gebildet, wie die in einem Kalendervierteljahr zur Verfügung stehende Gesamtvergütung durch die KV verteilt wird. Diese können in Form von Regelleistungsvolumen (RLV) oder Punktzahlvolumen (PZV), sogenannte Individualbudgets, dargestellt werden. Hierbei werden Volumina in Form von Geld oder Punkten vorgegeben, bis zu welcher Höhe Leistungen in vollem Umfang vergütet werden.

Der einzelne Arzt rechnet die Behandlung der gesetzlich versicherten Patienten nach EBM ab, woraufhin die KV eine Rechnungsprüfung vornimmt und die Mittel gemäß des Verteilungsmaßstabs verteilt. Sofern der jeweilige Arzt sein Volumen noch nicht ausgeschöpft hat, wird die Punktzahl der GOP mit dem vollen regionalen Punktwert bewertet. Leistungen, die über dem Volumen liegen, werden mit einem wesentlich geringeren Betrag bewertet. Hierdurch wird für niedergelassene Ärzte ein Anreiz zur Mengenbeschränkung geschaffen.

Die extrabudgetäre Gesamtvergütung soll neue und besonders förderungswürdige Leistungen vergüten. Die Leistungen werden zum vollen Betrag der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Zu diesen Behandlungen gehören beispielsweise Leistungen im Rahmen von Impfungen oder Früherkennungsmaßnahmen, ambulante Operationen und die Organisation des kassenärztlichen Notdienstes. Die Vergütung erfolgt ohne Punkte zum hinterlegten Eurobetrag, wobei keine Mengenbegrenzung stattfindet. Der Umfang der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (im Jahr 2016: 24,8 Mrd. €) ist etwa doppelt so groß, wie der Umfang der extrabudgetären Gesamtvergütung (im Jahr 2016: 12,3 Mrd. €) (KBV-KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (HRSG.), 2019a, S. 127).

Die Funktionslogik des EBM basiert in der Regel auf einer Zusammenfassung einzelner ärztlicher Tätigkeiten zu einer GOP, welche in Verbindung mit der Vorgabe zu den abrechenbaren Häufigkeiten eine Pauschale darstellen. Neben den GOP, die einen Leistungskomplex darstellen, hält der EBM auch direkt Pauschalen vor, die abrechnungsfähig sind. Hierbei gibt es Versicherten-, Grund-, Konsiliar-, Zusatz- und Strukturpauschalen sowie Zuschläge, die sich auf einzelne GOP beziehen.

Der EBM nutzt folgende Definitionen als Grundlage zur Festlegung der Mindestanforderungen und die mögliche Häufigkeit der Abrechnung einer GOP:

- Ein *Behandlungsfall* entsteht, sofern dieselbe Arztpraxis innerhalb eines Kalendervierteljahres denselben Versicherten zu Lasten derselben KK ambulant behandelt (§ 21 BMV-Ä).
- Ein *Krankheitsfall* umfasst das aktuelle und die drei folgenden Kalendervierteljahre für alle krankheitsbezogenen GOP (§ 21 Abs. 1 BMV-Ä).

- Ein *Betriebsstättenfall* umfasst die Behandlungen desselben Versicherten in derselben (Neben-)Betriebsstätte zu Lasten derselben KK (§ 21 Abs. 1a BMV-Ä). Hierbei ist der behandelnde Arzt nicht von Bedeutung, sofern er derselben Betriebsstätte angehört.
- Ein *Arztfall* ist komplementär zum *Betriebsstättenfall* und umfasst die Behandlung desselben Versicherten durch denselben Arzt zu Lasten derselben KK unabhängig von der Betriebsstätte (§ 21 Abs. 1b BMV-Ä).

2.2 Darstellung GOÄ

Die GOÄ regelt die Vergütung von ärztlichen Leistungen in der privatärztlichen Versorgung. Bei der Abrechnung nach GOÄ ist der Patient und nicht seine Krankenversicherung der Vertragspartner des abrechnenden Arztes. So trägt ausschließlich der Arzt das Ausfallrisiko, wenn zum Beispiel ein Patient zahlungsunfähig ist. Die GOÄ wird vor allem für den ärztlichen Honoraranspruch gegenüber privatversicherten Patienten angewendet, aber auch bei nicht-krankenversicherten Behandlungsfällen. Die GOÄ gilt auch bei GKV-Versicherten, wenn sich diese privat behandeln lassen möchten, z. B. weil sie anstelle der Sach- und Dienstleistung eine (variable) Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 2 oder § 53 SGB V wählen (vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG (Hrsg.), 2005, S. 4).

Zum Vertragsinhalt gehören Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung des PKV-Verbandes (vgl. HERMANN, 2019b, S. 3), die u. a. den Umfang des Versicherungsschutzes, Pflichten des Versicherungsnehmers sowie Einschränkung der Leistungspflicht definieren. Dem Arzt stehen als Vergütung sowohl Gebühren als auch Entschädigungen und der Ersatz von Auslagen zu. Gebühren werden als Vergütungen definiert, die für die ärztlichen Leistungen, die im Gebührenverzeichnis genannt werden, zu zahlen sind (vgl. HERMANN, 2019b, S. 15). Das Gebührenverzeichnis ist ein Teil der GOÄ, in dem die einzelnen Leistungen der Ärzte in Form von LP aufgeführt sind. Die Höhe der einzelnen Gebühr für die ärztliche Leistung bemisst sich aus der Multiplikation des Gebührensatzes mit dem Steigerungssatz. Die mögliche Gebührenspanne beinhaltet somit den einfachen (Mindestsatz) bis 3,5-fachen (Höchstsatz) Wert des Gebührensatzes (**Tabelle 1**). In der Regel und in Abhängigkeit davon, ob es sich um höchstpersönliche ärztliche Leistungen (Ä), medizinisch-technische Leistungen (T) oder Laborleistungen (L) handelt, darf eine Gebühr bis zum 2,3-fachen des Gebührensatzes bemessen werden.

Art der Leistung	Mindestsatz	Schwellenwert	Höchstsatz
Ärztlich (Ä)	1,0	2,3	3,5
Technisch (T)	1,0	1,8	2,5
Laboratorisch (L)	1,0	1,15	1,3

Tabelle 1: Übersicht der Faktoren zur Anpassung des Gebührensatzes

Eine Überschreitung dieser sogenannten Schwellenwerte (auch Regelhöchstsatz genannt) bis zum Höchstsatz ist nur zulässig, wenn dies die Schwierigkeit und der Zeitaufwand der einzelnen Leistung sowie die Umstände bei der Ausführung erfordern. Die Umstände zur Rechtfertigung eines Steigerungssatzes über dem Schwellenwert muss medizinisch begründet und bei der Abrechnung dokumentiert werden.

Dabei entspricht der Gebührensatz dem Betrag, der durch die Multiplikation der Punktzahl der einzelnen Leistung des Gebührenverzeichnisses mit dem Punktwert resultiert. Der Punktwert beziffert sich aktuell auf 5,82873 Cent (§ 5 GOÄ). Eine von dieser Verordnung abweichende Gebührenhöhe ist in einer Honorarvereinbarung festzuhalten, in der sowohl die Bezeichnung, die Nummer sowie der Steigerungssatz jeder einzelnen Leistung als auch der zu zahlende Betrag und die Information, dass die

Erstattung der Kosten ggf. nicht in vollem Umfang durch den Kostenträger erfolgt, enthalten sein muss (vgl. HERMANN, 2019b, S. 10 f.). Neben den Gebühren kann der Arzt Entschädigungen in Form von Wegegeld und Reiseentschädigungen abrechnen sowie Auslagen u. a. für Material, Verband- und Arzneimittel verlangen (vgl. HERMANN, 2019b, S. 15). Wie bereits erwähnt, erhebt die GOÄ hierbei keinen Anspruch auf eine vollständige Abdeckung aller ärztlichen Tätigkeiten. Die letzte grundlegende Anpassung der GOÄ erfolgte 1996. Aufgrund der schnellen Weiterentwicklung der Medizin entstehen immer größere Lücken im Gebührenverzeichnis. In diesem Zusammenhang wächst die Bedeutung der Analogabrechnung, nach der nicht im Gebührenverzeichnis aufgenommene Leistungen nach einer gleichwertigen Leistung im Verzeichnis berechnet werden können. Der PKV-Verband kommentiert in einer laufend aktualisierten Publikation die Nutzung von Analogleistungen bei privatärztlichen Abrechnungen (PKV-VERBAND DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG (HRSG.), 2019a). Hierbei wird deutlich, dass das Fehlen einer Novellierung der GOÄ die Verbindung zwischen der medizinischen Indikation und den abgerechneten Leistungen aushöhlt, da der Leistungskatalog unvollständig ist. Die Nutzung von Analogleistungen ist nur für selbstständige ärztliche Leistungen (Ä) vorgesehen. Das Zielleistungsprinzip beschränkt die Abrechnung, indem Leistungen, die ein Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung sind, die bereits für die Abrechnung angesetzt wurde, nicht zusätzlich abgerechnet werden dürfen.

Im Gegensatz zur vertragsärztlichen Versorgung weist die GOÄ nur wenige Mengenbeschränkungen zur Abrechnung auf. Grundsätzlich sind auch nach der GOÄ Leistungen an das medizinische Erfordernis gebunden. Die Restriktion, dass Vergütungen nur für erforderliche ärztliche Leistungen berechnet werden, soll zu einer wirtschaftlichen bzw. kostengünstigen Behandlung führen. Demnach darf der ärztliche Leistungserbringer, wenn die Leistungen das Maß einer medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung überschreiten, die Vergütungen nur unter der Bedingung berechnen, dass sie von dem Zahlungspflichtigen verlangt wird (§ 1 Abs. 2 Satz 2 GOÄ). Hierbei richtet sich die Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit nach den objektiven medizinischen Befunden bzw. Erkenntnissen, wobei der ärztliche Leistungserbringer einen gewissen Ermessungs- sowie Entscheidungsspielraum hat. Somit hat laut Hermanns der ärztliche Leistungserbringer eine größere Therapiefreiheit, sodass die medizinische Notwendigkeit der privatärztlichen Versorgung umfassender beschrieben wird als in der GKV (vgl. HERMANN, 2019b, S. 3).

Dies wird ebenfalls bei der Definition des *Behandlungsfalls* deutlich. Dieser ist nach GOÄ als Behandlung derselben Erkrankung im Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme der ärztlichen Leistung festgelegt. Allerdings ist zu beachten, dass die Definition „derselben Erkrankung“ uneinheitlich interpretiert wird, sodass Komplikationen einer Erkrankung einen neuen Behandlungsfall auslösen können. Die Systematik der Einzelleistungsvergütung ist neben dem Fehlen des Wirtschaftlichkeitsgebots einer der Gründe für eine große Therapiefreiheit des behandelnden Arztes, die entsprechend hohe Kosten verursachen kann. Eine zwingende mehr oder weniger hohe Einschränkung des Honoraranspruchs bewirken die Standard- bzw. Basistarife der PKV. Bei der Behandlung von Versicherten, die diesen Versicherungsschutz wählen, dürfen Ärzte teilweise nur deutlich geminderte Steigerungssätze anbringen bzw. müssen bei der Behandlung sogar Abschläge im Vergleich zum Einzelsatz hinnehmen (vgl. ZIMMERMANN, 2018, S. 24).

2.3 Zusammenfassung der Unterschiede und Herausforderungen beim Vergleich

Zusammenfassend sind die Unterschiede zwischen den beiden Honorarordnungen in **Abbildung 2** dargestellt.

	EBM	GOÄ
Behandlungsfall	Innerhalb eines Kalendervierteljahres	Innerhalb eines Monats nach der ersten Inanspruchnahme
Krankheitsfall	Das aktuelle sowie die drei folgenden Kalendervierteljahre	Nicht definiert
Vertragsverhältnis und Rechnungsstellung	Zwischen Arzt, KV und GKV; Arzt rechnet mit der KV ab	Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patient; Arzt stellt Rechnung an den Patienten
Ausfallrisiko	Geldfluss gesichert, aber siehe Mengenbeschränkungen	Trägt der Arzt
Mengenbeschränkung	Regelleistungsvolumen/ Punktzahlvolumen, Wirtschaftlichkeitsgebot	I.d.R. Medizinisches Erfordernis
Berechnungsgrundlage für monetären Wert	Punkte für Leistung multipliziert mit Punktwert	Punkte für Leistung multipliziert mit Punktwert
Punktwert	Bundeseinheitlicher Orientierungswert für regionale Verhandlungen Stand 2019: 0,108226 €	Stand 2019: 5,82873 Cent
Spanne des monetären Wertes	Keine	Steigerungsfaktor (in Abhängigkeit der Art und der Umstände der Leistung)
Leistungsbeschreibungen	I.d.R. grundsätzlich pauschalierte vertragsärztliche Leistungen mit obligatorischem Leistungsinhalt	Einzelleistungsvergütung
Anpassungen	Häufige Anpassungen	Zuletzt 1996, Abrechnung von Analogleistungen möglich

Abbildung 2: Veranschaulichende Darstellung zu den Unterschieden zwischen EBM und GOÄ.

Quelle: Eigene Darstellung

Aus den abgebildeten Unterschieden ergeben sich folgende Herausforderungen (**Abbildung 3**) für den Vergleich der Vergütungssysteme, die es im weiteren Verlauf des Gutachtens zu überwinden gilt.

Herausforderung 1: Die Abgrenzung der grundsätzlich pauschalierten vertragsärztlichen Leistungen im EBM steht einer grundsätzlichen Einzelleistungsvergütung in der privatärztlichen Leistungserbringung gegenüber. Der privatärztliche Leistungskatalog ist unvollständig, was zur Heranziehung von Analogleistungen führt.

Herausforderung 2: Die Steigerungssätze, die an bestimmte Vorgaben geknüpft sind, erschweren einen eindeutigen Vergleich der Vergütungshöhe von GOÄ- und EBM-Positionen. Dies macht die Arbeit mit Annahmen beim Vergleich der Bewertung ärztlicher Tätigkeiten notwendig.

Herausforderung 3: Unterschiedliche Definitionen des *Behandlungs-* und *Krankheitsfalls* erzeugen unterschiedliche Anreize, die je nach Abrechnungssystem zu unterschiedlichen Berechnungsgrundlagen führen.

Abbildung 3: Herausforderungen und Relevanz des Gutachtens

3 Methodisches Vorgehen

3.1 Aktueller Forschungsstand

Zur Übertragung von Positionen zwischen den beiden Honorarordnungen sind verschiedene Arbeiten zugänglich, die unterschiedlichen Ansätzen folgen. Anfang der 1990'er Jahre ist auf der Ebene von Einzelpositionen zwischen EBM und GOÄ gearbeitet worden (vgl. NIEHAUS, 2009, S. 20 ff.). Es finden sich zudem auch Untersuchungen auf höheren Aggregationsniveaus, z. B. unter Konstruktion sog. „Leistungskörbe“ (NEUBAUER & MINARTZ, 2013, S. 18) oder mit dem Ziel, durchschnittliche Unterschiede der Vergütung zwischen PKV und GKV auf Gesamtsystemebene herzustellen (vgl. NIEHAUS, 2009, S. 22 ff.) oder um die Be- oder Entlastung eines konvergierten Vergütungsniveaus zu berechnen (WALENDZIK et al., 2008). Grundsätzlich neue Vergütungsvorschläge sind für Deutschland in diesem Kontext von NEUMANN et al., 2014 erarbeitet worden.

Autor (Jahr)	Ergebnis	Methode	Bemerkung
WALENDZIK et al. (2008)	2,28	Nutzung eines Algorithmus im Rahmen eines Kostenerstattungsprogramms	
NEUBAUER & MINARTZ (2013)	2,21 bis 4,69	Bewertung ausgewählter GOP nach GOÄ	Es wurde ausschließlich die Radiologie betrachtet
NIEHAUS (2015)	2,31	Vergleich der Gesamtausgaben aus Kassensicht für ambulante ärztliche Leistungen	Faktor aus den Ergebnissen selbst berechnet

Tabelle 2: Übersicht der Ergebnisse bisheriger Studien

Die Ergebnisse der verschiedenen Arbeiten sind entsprechend ihrer Zielstellungen unterschiedlich und können für vorliegendes Gutachten nicht als literaturbasierter Grundstein herangezogen werden. **Tabelle 2** fasst die Ergebnisse bisheriger Studien zum Vergleich der Abrechnungsbeträge nach EBM und GOÄ zusammen. WALENDZIK et al., 2008 beispielsweise definierten für den Vergleich zunächst ein standardisiertes Leistungsniveau auf Grundlage des Leistungskatalogs der GKV. Als Resultat ergab sich ein durchschnittlicher Aufschlagsfaktor in Höhe von 2,28. Dies bedeutet, dass die durchschnittliche Vergütung nach GOÄ um das 2,28-fache höher ausfiel, als die Vergütung nach EBM. Dieser Faktor variierte jedoch nach Alter und Geschlecht der Patienten sowie der betrachteten Arztgruppe. Dennoch können Parallelen zumindest im Vorgehen zu dem hier umgesetzten Vorgehen gezogen werden.

3.2 Ablauf der Studie – Gesamtvorgehen bei der Analyse

Das Hauptziel der vorliegenden Studie ist der Vergleich der Vergütung für einzelne ärztliche Tätigkeiten nach EBM und GOÄ. Um den Gütekriterien von Forschungsarbeiten, namentlich Objektivität, Reliabilität und Validität, gerecht zu werden, wurde der Ablauf der Analyse so geplant und anschließend dokumentiert, dass die Ergebnisse objektiv und replizierbar sind. Dabei wurde sich an das Vorgehen zum „Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses“ (MOHER et al., 2009) angelehnt und für die Gutachteninhalte entsprechend angepasst. **Abbildung 4** visualisiert den Analyseablauf.

Zur Sicherstellung der Objektivität wurde die Bewertung der ärztlichen Tätigkeiten zunächst unabhängig voneinander von drei verschiedenen Wissenschaftlern durchgeführt. Die Grundlage der Bewertung

waren die der ärztlichen Fachschaft zur Verfügung stehenden Kommentare der Honorarordnungen sowie im Einzelfall ergänzende öffentliche Quellen wie Gerichtsurteile, Leitlinien und/oder G-BA-Richtlinien. Die detaillierte Beschreibung der Bewertung folgt in **Unterabschnitt 3.4**. Die Ergebnisse der einzelnen Bewertungen wurden verglichen und zusammengefasst. Falls eine Übereinstimmung erzielt wurde, wurde diese Bewertung als vorläufiges Ergebnis festgehalten. Wenn die einzelnen Bewertungen zu unterschiedlichen Ergebnissen gelangten, wurden die Differenzen analysiert und durch weiterführende Recherchen ergänzt. Anschließend wurden drei einzelne Neubewertungen vorgenommen und erneut verglichen. Wenn alle Einzelbewertungen der ärztlichen Tätigkeiten zu einem einstimmigen Ergebnis gelangten, war die interne Validierung abgeschlossen und das vorläufige Ergebnis vollständig. Zur externen Validierung der Ergebnisse wurden die vorläufigen Ergebnisse im Rahmen von Expertenworkshops geprüft. Falls im Rahmen der Workshops unterschiedliche Bewertungen entstanden, wurden analog zur internen Überprüfung der Ergebnisse die Differenzen analysiert.

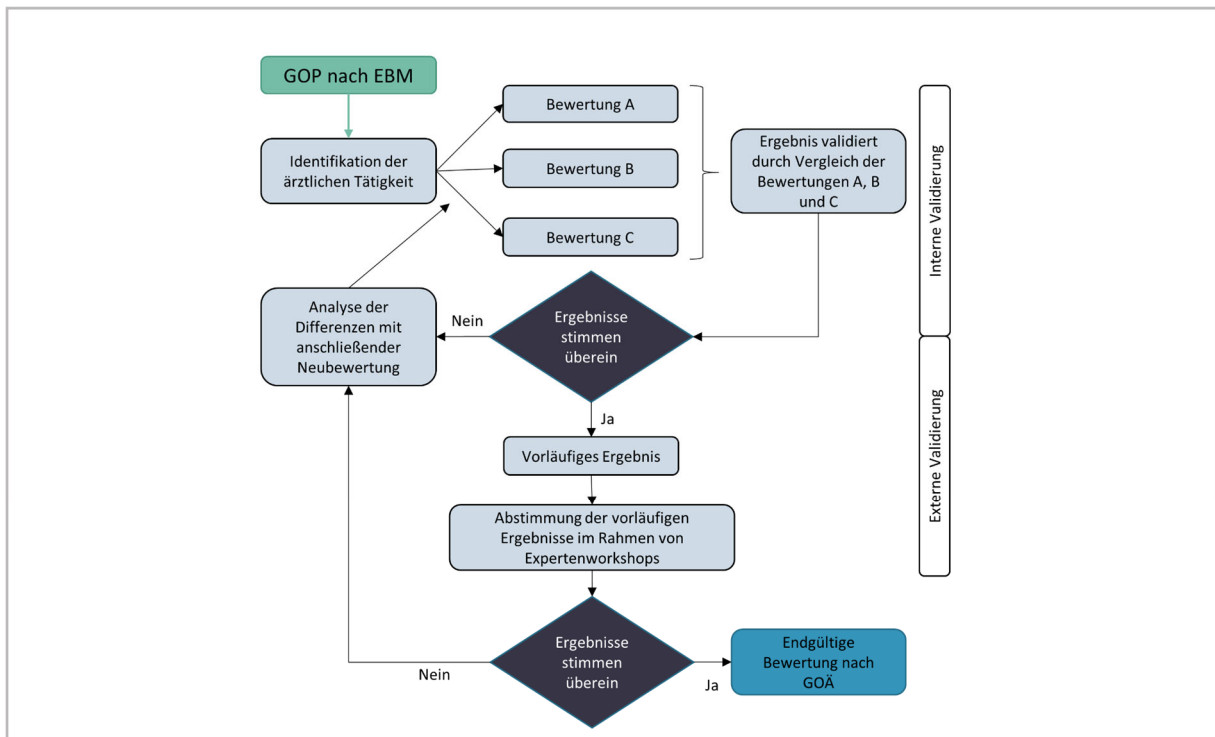


Abbildung 4: Ablaufdiagramm zum Gesamtvorgehen der Studie

Quelle: Eigene Darstellung

Anschließend wurden die betroffenen ärztlichen Tätigkeiten erneut in dreifacher Ausführung bewertet, kontrolliert und in einem weiteren Expertenworkshop validiert. Dieses Vorgehen wurde bis zur Einstimmigkeit der Bewertungen fortgeführt, sodass als Ergebnis eine intern und extern validierte Bewertung entstand.

3.3 Zugrundeliegende Annahmen

Für die Bewertung der nach EBM obligaten und fakultativen Leistungen mittels GOÄ waren stabilisierende Annahmen notwendig. Im Ansatz dieses Gutachtens wurde unterstellt, dass die Leistungen nach EBM innerhalb der mengenbeschränkten Grenzen (siehe **Unterkapitel 2.1**) erbracht werden. Die Leistungserbringer erhalten dementsprechend die Vergütung nach EBM zum vollen Betrag. Sofern bei den fakultativen Leistungen ein weiterer Arzt-Patienten-Kontakt vorgesehen ist, wurde dieser mit den LP 1 und 5 in die GOÄ übertragen. Hierfür wurde die Annahme notwendig, dass diese Ziffern auch mehrmals pro Behandlungsfall abgerechnet werden können. Dies ist beispielsweise der Fall, sofern neben den

Ziffern 1 und 5 keine Leistungen nach den Abschnitten C bis O (LP 200 bis 5855) erbracht werden oder ein neuer Behandlungsfall beginnt (Annahme zu Herausforderung 1).

Die in Anhang 1 des EBM vermerkten fakultativen Leistungen wurden aufgrund des Umfangs der Auflistung von ca. 350 Leistungen nicht nach GOÄ bewertet. Weiterhin wurden Sachkosten gemäß § 10 GOÄ nicht weiter quantifiziert. Bei einigen der vorgegebenen GOP sind Sachkosten mit abgegolten. Sofern diese nach GOÄ zusätzlich entlohnt werden, erfolgte ein Hinweis in der entsprechenden Ergebnistabelle.

Die beschriebenen Herausforderungen, die sich aus dem Vergleich der Honorarordnungen ableiten ließen (Abbildung 3) führten zu den Annahmen, die im Folgenden erläutert werden.

Annahmen zu Herausforderung 1: Die fortgeschrittene Pauschalierung des EBM erfordert, dass die obligaten Leistungen der betroffenen GOP identifiziert und jeweils einzeln per GOÄ bewertet werden müssen. Hierbei können sich unterschiedliche Kombinationsmöglichkeiten von LP ergeben, die einer gleichartigen Behandlung entsprechen. In einem solchen Fall wird die Kombination von LP genutzt, die in der Endsumme den geringsten Betrag ergibt. Dies entspricht am ehesten einer Minimalwertbetrachtung.¹ Die zusätzliche Bewertung der fakultativen Leistungen zeigt die Spanne an, die sich zwischen den Gebührenordnungen ergeben kann, wenn alle Leistungen, die durch eine GOP abgegolten sind, in die Systematik der GOÄ übertragen werden. Die Verwendung der Kombinationen mit den geringsten Endsummen (Minimalwert – obligat und fakultativ) ermöglicht hierbei den systematischen Vergleich der Abrechnungsbeträge, da keine weiteren Annahmen zur Spezifikation des Behandlungsverlaufs getroffen werden müssen.

Annahmen zu Herausforderung 2: Im Rahmen der Minimalwertbetrachtung wurde die Möglichkeit, Erlöse nach GOÄ mittels des Steigerungsfaktors zwischen dem 1-fachen und 3,5-fachen des Gebührensatzes zu erhöhen, berücksichtigt, indem für die angesetzten LP der Schwellenwert genutzt wurde, der bei ärztlichen Leistungen beim 2,3-fachen, bei technischen Leistungen beim 1,8-fachen und bei laboratorischen Leistung beim 1,15-fachen des Gebührensatzes liegt (Tabelle 1). Es ist davon auszugehen, dass im Regelfall Leistungspositionen in der ärztlichen Abrechnungspraxis bis zum Schwellenwert gesteigert werden, da bis zu diesem Wert keine Begründungspflicht besteht. So wurden 2017 78,3% der Leistungen mit zum Schwellenwert gesteigerten Gebühren² abgerechnet (vgl. PKV-VERBAND DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG (HRSG.), 2017, S. 87). Der Schwellenwert wurde daher bei allen Betrachtungen als Grundannahme angesetzt. Eventuelle Besonderheiten in Form von Beschränkungen des Multiplikators wurden je nach LP berücksichtigt. Darüber hinaus sieht die GOÄ für die Behandlung von Kindern zwei Zuschläge vor, die für den Vergleich berücksichtigt wurden.

Annahmen zu Herausforderung 3: Die unterschiedlichen Definitionen von Behandlungs- oder Krankheitsfall wurden bedacht, indem als Grundlage der Versorgungszeitraum von drei Monaten gewählt wurde. Es wurde angenommen, dass die Behandlung zu Beginn eines Kalenderquartals beginnt. Dementsprechend umfasst der Behandlungszeitraum nach GOÄ drei Behandlungsfälle. Es wurde keine Annahme zu mehrfachen Besuchen getroffen, sofern in den obligaten und fakultativen Leistungen nach EBM keine weiteren Arzt-Patienten-Kontakte festgehalten sind. Ist unter den fakultativen Leistungen

¹ Der Minimalwert entspricht dem geringsten Endsummenwert der jeweils zum Schwellenwert gesteigerten Gebühren aus den verschiedenen Kombinationsmöglichkeiten der pro GOP nach EBM äquivalenten Leistungspositionen nach GOÄ, die alle obligaten (Minimalwert – obligat) oder obligaten und fakultativen Leistungen (Minimalwert – obligat und fakultativ) beinhaltet.

² Unterhalb des Schwellenwertes wurden 4,9%, zwischen dem Schwellenwert und der Höchstsatz 3,5%, zum Höchstsatz 9,2% und über dem Höchstsatz 4,1% abgerechnet.

nach EBM von „weiteren persönlichen oder anderen Arzt-Patienten-Kontakten gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen“ die Rede, so wurde für das vorliegende Gutachten aufgrund der Minimalwertbetrachtung ein weiterer Arzt-Patienten-Kontakt in die Bewertung nach GOÄ aufgenommen. Bei drei vorgeschriebenen Arzt-Patienten-Kontakten wurde jeweils von einem Besuch pro Monat ausgegangen. Diese Verteilung der persönlichen Kontakte zwischen Arzt und Patient wurde nach GOÄ bewertet, was somit als drei Besuche in drei verschiedenen Behandlungsfällen gewertet wurde. Dieses Vorgehen wurde in den Ergebnistabellen festgehalten, indem die entsprechenden Ziffern für den Besuch mehrfach bei den Leistungen angesetzt wurden. Diese Annahme entspricht den Annahmen zu Herausforderung 1, sodass die Bewertung nach GOÄ einen den Annahmen entsprechenden Minimalwert darstellt. Dieser Wert wurde jeweils pro GOP für die äquivalent zum EBM obligaten sowie obligaten und fakultativen Leistungspositionen nach GOÄ aufgezeigt.

3.4 Vorgehen bei der Bewertung

3.4.1 Allgemeines Vorgehen bei der Bewertung

Das Vorgehen bei der Bewertung, also dem Vergleich der Vergütung für einzelne ärztliche Tätigkeiten nach EBM und GOÄ beruhte auf *zwei Schritten*, wie in **Abbildung 5** verdeutlicht wird. Um die in **Abchnitt 2.3** erwähnten Herausforderungen angemessen zu berücksichtigen, wurden im *ersten Schritt* die obligaten und fakultativen ärztlichen Tätigkeiten aus einer GOP identifiziert (**Leitfrage 2**). Dies erfolgte durch eine systematische Analyse der Einträge zu den betroffenen GOP im EBM (KBV, 2019; KBV, 2017) sowie durch weiterführende Recherchen von zusätzlichen Quellen, wie den zur Krankheit passenden Behandlungsleitlinien, den Richtlinien des G-BA (GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS (HRSG.), 2017, 2019) oder weitere Kommentare zum Abrechnungsvorgehen (IWW INSTITUT FÜR WISSEN IN DER WIRTSCHAFT (HRSG.), 2010a, 2010b, 2017; THORWART, o. J.). Hierdurch wurde sichergestellt, dass die im EBM hinterlegten obligaten und fakultativen Leistungen der medizinischen Praxis entsprechen und eventuell Hinweise auf Besonderheiten bei der Behandlung, die sich auf die Abrechnung auswirken könnten, erfasst wurden. Diese Einzelleistungen bildeten die Grundlage für den Vergleich. Durch diesen Schritt wurden alle Leistungen erfasst, die mit der Abrechnung der jeweiligen GOP für die Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung abgegolten sind.

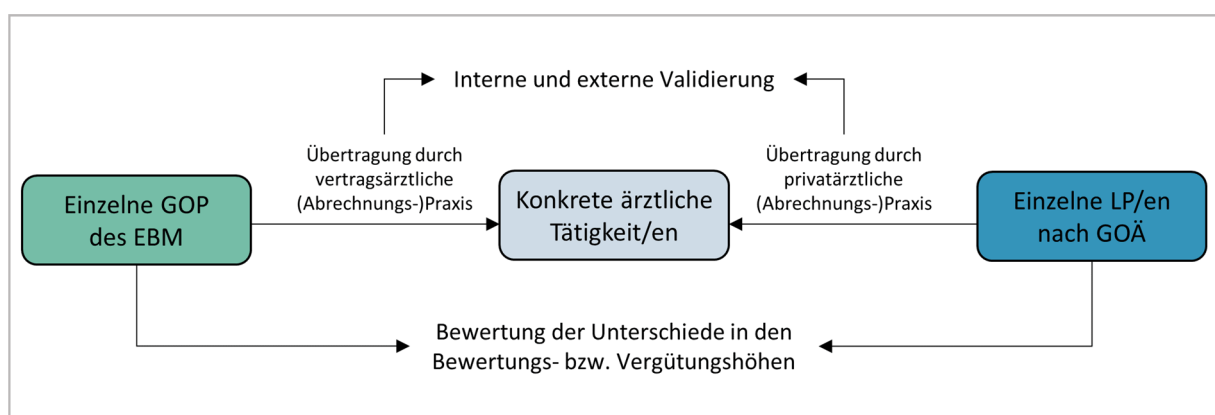


Abbildung 5: Vergleich der Vergütung ärztlicher Tätigkeiten nach EBM und GOÄ
Quelle: Eigene Darstellung

Im *zweiten Schritt* wurden die aufgearbeiteten ärztlichen Tätigkeiten anhand der GOÄ bewertet (**Leitfrage 3**). Dabei wurden zunächst die obligaten und fakultativen ärztlichen Leistungen einzelnen LP zugeordnet. Grundsätzlich erfolgt die Bewertung anhand von verfügbaren EBM- und GOÄ-Kommentaren

(HERMANN, 2019b, 2019a). Zusätzlich wurden weitere Quellen, wie die Beschlüsse des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer (BÄK-BUNDESÄRZTEKAMMER (HRSG.), 2019), herangezogen. An die Identifikation einer passenden LP anschließend erfolgte eine Dokumentation dieser LP mit Informationen zu der Bezeichnung, Steigerungsfähigkeit und Hinweisen zur maximal möglichen Häufigkeit pro Behandlungsfall. Zusätzlich wurden LP dokumentiert, die durch die betroffene LP für die Abrechnung ausgeschlossen sind, sowie die jeweilige Punktzahl und die Gebührensätze festgehalten. Die Beträge wurden erst in der Endsumme gerundet. Hierdurch entstand eine umfassende Auflistung von LP, die für den Vergleich berücksichtigt wurden.

Nach der Zuordnung der ärztlichen Tätigkeiten und Auflistung aller relevanter LP wurden zunächst die obligaten Leistungen bewertet. Die Bewertung meint in diesem Zusammenhang die Auflistung der mit dem Schwellenwert gesteigerten Gebühren der LP. Die Systematik der Einzelleistungsvergütung ermöglicht unterschiedliche LP-Kombinationen für die gleiche Art der ärztlichen Leistung. LP können sich beispielsweise in der Intensität und Dauer der ärztlichen Tätigkeit unterscheiden, wobei die ärztliche Leistung an sich gleich ist. Hierdurch ergeben sich unterschiedliche Kombinationsmöglichkeiten zur Abbildung der obligaten ärztlichen Tätigkeiten nach dem EBM. Aus diesem Grund wurden zunächst verschiedene Kombinationsmöglichkeiten der aufgelisteten LP vorgenommen und festgehalten. Anschließend wurde für die zulässigen Kombinationsmöglichkeiten nach GOÄ die mit dem Schwellenwert berechneten Gebühren ermittelt. Dieses Vorgehen wurde auf die fakultativen Leistungen ausgeweitet, wobei ebenfalls die unterschiedlichen Kombinationsmöglichkeiten festgehalten wurden (**Leitfrage 4**). Hierdurch entstand eine Auflistung der möglichen Bewertungen der identifizierten obligaten und fakultativen ärztlichen Leistungen mittels der GOÄ. Als Endergebnis wurde die Summe der Gebühren für den Vergleich ausgewählt, die dem Minimum der Vergütung nach GOÄ entsprechen. Das bedeutet, dass für die Bewertung der obligaten und fakultativen Leistungen jeweils die geringste Summe der zum Schwellenwert gesteigerten Gebührensätze der kombinierten LP gewählt wurde.

3.4.2 Konkretes Vorgehen am Beispiel der GOP 06210

Das beschriebene Vorgehen soll anhand eines Beispiels verdeutlicht werden. Der nachfolgende Ausschnitt der Teilergebnistabelle (**Tabelle 3**) zeigt die Bewertung der GOP 06120 aus der Fachgruppe der Augenärzte nach GOÄ. Die GOP 06120 ist die Grundpauschale für die Untersuchung von Kindern bis zum 5. Lebensjahr. Die obligate Leistung zur Abrechnung der Pauschale bei der Versorgung nach EBM ist ein Arzt-Patienten-Kontakt und beläuft sich auf 16,67€. Nach der GOÄ kommen für diese ärztliche Leistung die Ziffern 1 (Beratung), 5 (symptombezogene Untersuchung) und K1 (Zuschlag für Untersuchungen nach den Nummer 5, 6, 7 oder 8 bei Kindern bis zum 4. vollendeten Lebensjahr) in Betracht. Die Summe der zum Schwellenwert gesteigerten einfachen Gebührensätze dieser obligaten Leistungen nach GOÄ beträgt 28,44€. Dementsprechend erhält ein Augenarzt für einen Patientenkontakt ohne weitere abrechenbare Leistung 11,77€ mehr, sofern der Patient privatversichert ist. Dies entspricht dem 1,7-fachen Wert der Vergütung eines gesetzlich versicherten Patienten. Hierbei muss beachtet werden, dass der Zuschlag K1 nur bis zum vollendeten 4., die Ziffer 06120 jedoch bis zum vollendeten 5. Lebensjahr angesetzt werden kann. Sofern ein Patient das 4. Lebensjahr vollendet hat, würde der Arzt nach GOÄ den Zuschlag K1 nicht mehr erhalten und die Gebühr würde sich um 6,99€ verringern.

GOP-Ziffer und Titel nach EBM und Betrag in Euro		GOÄ Ziffer(n) obligat	GOÄ obligate EBM-Leistungen in Euro	GOÄ Ziffer(n) obligat und fakultativ	Σ Obligate und fakultative Leistungen in Euro	Bemerkungen
06210 Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	16,67	1, 5, K1	28,44	1, 5, K1,70, 1201, 1202, 1225A, 1235 oder 1236, 1256, 1241, 1242, 1216, 1209, 1209A, 298, 1207, 1, 5, K1	220,48	Ziffer 1235 (ohne Blendung) oder 1236 (mit Blendung) können alternativ verwendet werden, wobei die Vergütung für beider Ziffern identisch ist

Tabelle 3: Auszug aus der Teilergebnistabelle, GOP 06210

Da die betrachtete GOP eine Versichertenpauschale ist, sind eine Vielzahl von fakultativen Leistungen durch die Abrechnung der Ziffer 06120 abgegolten. Diese Leistungen wurden aufgeschlüsselt und einer entsprechenden LP zugeordnet (**Abbildung 6**). Insgesamt wurden 28 einzelne LP identifiziert, die zur Abrechnung aller fakultativen Leistungen in Frage kommen könnten. Hierbei sind folgende Einschränkungen zu beachten:

- Einige dieser LP schließen einander aus (Abrechnungsausschluss), da die enthaltenen Leistungen bereits durch die andere LP abgegolten sind. Ausgeschlossene Leistungen in diesem Sinne sind in Abbildung 6 mit weißer Schrift gekennzeichnet. Sie fließen dementsprechend nicht in die Berechnung der Minimalwert-Endsumme mit ein.
- Einige LP können nicht mehrfach abgerechnet werden. Wurde eine LP einer weiteren Leistung zugeordnet, aber bereits für eine andere Leistung abgerechnet, ist sie hier ebenfalls weiß gekennzeichnet und fließt dementsprechend nicht erneut in die Berechnung der Endsumme mit ein (in diesem Fall LP 1202).
- LPs auf gleicher horizontaler Ebene stellen eine Alternative dar. Diese wurden nicht miteinander kombiniert (beispielsweise LP 70 und 75).

Aus diesen Alternativen ergeben sich die unterschiedlichen Kombinationsmöglichkeiten (siehe **Kapitel 3.4.1**). Es wurden zu dieser GOP 10 mögliche Kombinationen bewertet. Unter Verwendung des geringstmöglichen monetären Wertes pro Leistung (auf jeder horizontalen Ebene die LP, die am weitesten links steht) und unter Auslassung der weiß gekennzeichneten (ausgeschlossenen) LP ergibt sich eine Summe von 192,04 € für obligate und fakultative Leistungen. Durch die hier erwähnte Berechnung für einen (nach EBM obligaten) Arzt-Patienten-Kontakt zuzüglich der obligat minimalen Bewertung für einen weiteren (nach EBM fakultativen) Arzt-Patienten-Kontakt, für den als Zeitraum ein neuer Behandlungsfall nach GOÄ angenommen wurde, ergibt sich die in Tabelle 3 ersichtliche Endsumme von 220,48€. Dieser Minimalwert spiegelt ein realistisches Bild wider, wobei darauf hingewiesen werden sollte, dass ein Arzt, der all diese Leistungen durchführt, eher eine alternative, kostenintensivere Abrechnung wählen würde. So ist davon auszugehen, dass die LP 5 und K1 gestrichen werden würden und stattdessen die LP 1217, 1217 A, 1204 und 1228 abgerechnet werden würden. Dies ergäbe einen Betrag von 281,86€. Entsprechend des im Rahmen des Gutachtens angesetzten Minimalwert-Prinzips, wurde sich für die kostengünstigere in Tabelle 3 dargestellte Variante entschieden.

3.5 Musterpatienten

Zur Veranschaulichung des in diesem Gutachten vorgenommenen Vergleichs werden Musterpatienten angeführt, die beispielhafte Krankheitskomplexe bzw. Diagnosen aufweisen. Diese wurden ebenfalls in Abstimmung mit der KOMV zur Bearbeitung im vorliegenden Gutachten ausgewählt. Es wurden jeweils die Kosten nach EBM und GOÄ nach dem bereits beschriebenen Vorgehen erfasst und verglichen.

GOP nach EBM		LP nach GOÄ	
06210		Minimum	Maximum
Obligate Leistungen	Beratung <i>Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt</i>	1 Beratung 10,7248632 €	1 Beratung (Höchstsatz) 16,320444 €
	Untersuchung	5 Symptombezog. U. 10,7248632 €	3 Eingehende Beratung 20,1091185 €
	Kinderzuschlag	K1 Kinderzuschlag 6,994476 €	6 Vollständige U. 13,406079 €
	Bericht	70 Kurzer Bericht 5,3624316 €	8 U. Ganzkörperstatus 34,8558054 €
	Refraktionsbestimmung	1200 Sphärische Gläser 7,90958661 €	75 Ausführlicher Bericht 17,4279027 €
	Best. Interferenzvisus	1225A Kampimetrie 16,22135559 €	Skiaskopie / Refraktometer 1202 9,92049846 €
	Ü. Dämmerungssehen	1235 Während der Blendung 12,19953189 €	1201 Sphärisch-zylindrisch 11,93144031 €
	Tonometrische U.	1256 Tonometrische U. 10,491714 €	Nach der Blendung 1236 12,19953189 €
	Gonioskopie	1241 Gonioskopie 20,37724008 €	
	Spaltlampenmikrosk.	1240 Spaltlampenmikrosk. 9,92049846 €	
Fakultative Leistungen	Beurtl. zentr. Fundus	1242 Binokulare U. Augenhintergr. 20,37724008 €	
	Messung Hornhautkr.	1204 Messung Hornhautkr. 6,03273555 €	
	Prüf. Augenstellung	1217A U. binokularer Sehakt 32,44271118 €	
	Prüf. Simultanperzeption	1217 U. binokularer Sehakt 32,44271118 €	
	Prüf. auf Heterophorie	1216 U. auf Heterophorie 12,19953189 €	
	Prüf. Pupillenfunktion	1200A Sphärische Gläser 7,90958661 €	
	Prüfung Farbsinn	1228 Mit Pigmentproben 8,17770809 €	Mit Anomaloskop 1229 24,39906378 €
	Prüf. Tränenwege	1209 Nachweis Sekretionsmenge 2,6812158 €	
	Bst. break-up time	1209A Nachweis Sekretionsmenge 2,6812158 €	
	Entnahme Abstrichmaterial	298 Entnahme Abstrichmaterial 5,3624316 €	
	Anpassung Sehhilfen	1202 Skiaskopie / Refraktometer 9,92049846 €	Sphärisch-zylindrisch 1201 11,93144031 €
	Kontrolle Sehhilfen	1207 Prüfung Brillen 9,3842553 €	

Bemerkungen:

Kinderzuschlag nicht steigerungsfähig, die LP 1240 und 1256 sind als medizinisch-technische Leistungen mit 1,8 gesteigert. Alle anderen LP sind ärztliche Leistungen mit 2,3. Keine Abrechnungsausschlüsse bei den LP 1241, 1216, 1229, 1209(A) und 1207.

Für diese GOP aufgeführte Leistungen kollidieren nicht mit Abrechnungsausschlüssen der LP K1, 70, 75, 1225A, 1235, 1236, 1256 und 298.

LP 1: Hier ist als weitere Alternative auch die Faktorsteigerung auf 3,5 möglich, wenn Beratung über 10 Minuten dauert und zusätzlich Sonderleistungen abgerechnet werden.

LP 3: Wenn Beratung länger als 10 Minuten dauert. Daneben außer LP 5-8, 800, 801 keine weiteren Nummern abrechnungsfähig.

LP 5: Relevante Abrechnungsausschlüsse: 6, 8, 1217, 1228, 1240

LP 6: Relevante Abrechnungsausschlüsse: 5, 8, 1217, 1228, 1240

LP 8: Relevante Abrechnungsausschlüsse: 5, 6, 1228, 1240,

Weißer Schrift:

LP 1200: Die Ziffern 1200 und 1201 sind nebeneinander berechnungsfähig, wenn nur ein Auge Astigmatismus aufweist. Dann wird beim anderen Auge 1201 abgerechnet. Aufgrund der Seltenheit dieses speziellen Sonderfalls, ist es wahrscheinlicher, dass in der Praxis 1202 oder 1201 angewendet wird. Dem wird in diesem Gutachten entsprochen.

LP 1201: Siehe Kommentar zur LP 1200 und 1202.

LP 1202: Neben 1202 können die Leistungen 1200 oder 1201 berechnet werden. Da LP 1201 und 1202 sowohl für die Refraktionsbestimmung als auch für die Anpassung der Sehhilfen angewendet werden können, und sie nicht doppelt abgerechnet werden können, wurde für die Berechnung der Endsumme jede LP jeweils einmal berücksichtigt.

LP 1236: Da der monetäre Wert der LP 1235 und 1236 gleich hoch ist, können sie alternativ verwendet werden.

LP 1240: Relevante Abrechnungsausschlüsse: 5, 6, 8, 1242. Aufgrund der geringeren Anzahl relevanter Abrechnungsausschlüsse bei der LP 1242 wurde diese berücksichtigt, welche im Umkehrschluss die 1240 ausschließt.

LP 1242: Relevante Abrechnungsausschlüsse: 1240. Siehe Kommentar zur LP 1240.

LP 1204: Relevante Abrechnungsausschlüsse: 5, 6, 8. Da Leistung durch diese bereits abgegolten, wird die LP 1204 nicht berücksichtigt.

LP 1217(A): Relevante Abrechnungsausschlüsse: 5, 6.

LP 1200(A): Nur bei besonderer Begründung berechnungsfähig, sodass die Leistung hier nicht berücksichtigt wurde.

LP 1228: Relevante Abrechnungsausschlüsse: 5, 6, 8. Da Leistung durch diese bereits abgegolten, wird die LP 1228 nicht berücksichtigt.

Abbildung 6: Aufgeschlüsselte Leistungspositionen zur GOP 06210

Quelle: Eigene Darstellung

4 Ergebnisse

4.1 Überblick über die Ergebnisartefakte

Wie im vorherigen Kapitel beschrieben, erfolgte der Ablauf der Analyse und jede einzelne Bewertung der GOP nach EBM einem bestimmten, replizierbaren und objektiven Vorgehen. Hauptziel des Gutachtens ist der Vergleich ausgewählter GOP nach EBM mit den äquivalenten LP nach GOÄ. Um die Ergebnisse zu verdeutlichen wurden fünf Artefakte in Form von Dokumenten erstellt, die in **Tabelle 4** aufgeführt sind. Dabei sind die konkreten Tätigkeiten der Bewertungsbeschreibung (**Unterkapitel 3.4**) entnommen und die Ablaufteilschritte beziehen sich auf die Abbildung des Ablaufs der Studie aus **Unterkapitel 3.2**. Alle hier hervorgehobenen Ergebnis-Artefakte werden zur Verfügung gestellt. Die beiden Glossare sind im Anhang des vorliegenden Gutachtens zu finden. Das Glossar EBM basiert auf verschiedenen Quellen, u.a. KBV-KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (HRSG.), 2019b, KBV-KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (HRSG.), 2017 und HERMANN, 2019a. Das Glossar GOÄ wurde auf Grundlage von HERMANN, 2019b und der GOÄ erstellt. Die jeweiligen Teilergebnistabellen folgen in diesem Hauptkapitel jeweils unterteilt in die betrachteten Fachgruppen. Sie zeigen die Differenz der Vergütung der einzelnen ärztlichen Leistungen nach EBM und GOÄ auf und beantworten damit **Leitfrage 5**. Anschließend wird anhand ausgewählter Musterpatienten der Vergleich von EBM und GOÄ weiter verdeutlicht.

Konkrete Tätigkeit pro GOP (EBM)	Ablaufteilschritt	Ergebnis-Artefakt	Zusammenhang der Artefakte
Umwandlung der GOP in ärztliche Tätigkeiten (obligat und fakultativ)	Bewertung A, B, C	Glossar EBM	
Zuordnung dieser Tätigkeiten zu LP in GOÄ	Bewertung A, B, C	Glossar GOÄ	
Erstellung der Kombinationsmöglichkeiten	Bewertung A, B, C	Ausführliche Ergebnistabelle	
Aufsummierung der LP je Kombinationsmöglichkeit	Vorläufiges Ergebnis		
Qualitätssicherung	Interne und externe Validierung		
Wahl des Minimalwerts je obligat sowie obligat & fakultativ Kombination	Endgültige Bewertung nach GOÄ	Teilergebnistabelle	
Darstellung passendster Kombination für ein GOP je Fachgruppe	Endgültige Bewertung nach GOÄ	Musterpatient	

Tabelle 4: Ergebnisartefakte der für das Gutachten durchgeführten Analysen
Quelle: Eigene Darstellung

4.2 Teilergebnisse

4.2.1 Grundsätzliche Informationen

Die folgenden Teilergebnistabellen zeigen jeweils die Ergebnisse des Vergleichs der fünf GOP pro Arztgruppe, die 2017 grundsätzlich die höchste finanzielle Bedeutung (gemessen am Honorarumsatz) für die Arztgruppe aufwiesen, mit den äquivalenten LP nach GOÄ. Dabei wurde jeweils für die obligaten sowie für die obligaten und fakultativen Leistungen diejenige Kombination angegeben, die den geringsten Eurobetrag ergibt. Für weitere Informationen wird auf das für die im Gutachten erwähnten GOP erstellte „Glossar EBM“ (**Anhang 1**) und für die entsprechenden äquivalente Leistungen nach GOÄ auf das „Glossar GOÄ“ (**Anhang 2**) verwiesen. Dort finden sich neben der kompletten Bezeichnung im „Glossar EBM“ pro GOP Hinweise auf die jeweiligen Abrechnungsbestimmungen, Abrechnungsausschlüsse, eventuell benötigte Abrechnungsgenehmigungen und EBM Punkte, sowie im „Glossar GOÄ“ pro LP Hinweise zur Steigerungsfähigkeit, zu Abrechnungsausschlüssen, möglichen Zuschlägen und Punktzahlen.

Zusätzlich zur Berechnung und Darstellung der Teilergebnisse wurden anschließend jeweils die gewichteten mittleren Relationen pro Arztgruppe zwischen den beiden Bewertungen errechnet. Dabei wurde folgendermaßen vorgegangen:

1. Zunächst wurden die Relationen der Bewertungen der Leistungen einer GOP nach GOÄ und EBM ermittelt. Dazu wurde der aus der jeweiligen Teilergebnistabelle hervorgehende Minimalwert der Bewertung in Euro nach GOÄ durch die Bewertung der GOP in Euro nach EBM dividiert. Dies wurde zum einen für den Minimalwert der GOP äquivalenten obligaten Leistungen und zum anderen für den Minimalwert der GOP äquivalenten obligaten und fakultativen Leistungen durchgeführt.
2. Falls Grund-/Versicherten- oder Konsiliarpauschalen unter den fünf grundsätzlich finanziell bedeutendsten GOPs pro Arztgruppe waren, wurden die in 1. berechneten Relationen zwischen GOÄ/EBM der zu einer Pauschale gehörenden einzelnen Altersgruppen GOP zu einer Pauschalenrelation zusammengefasst (beispielsweise die GOP 06210, 06211 und 06212 zu Grundpauschale [06210-06212]). Dafür wurden die Relationen der GOP pro Pauschale nach relativer Häufigkeit ihrer Abrechnung im Jahr 2017 (basierend auf Daten der Auftraggeberin) gewichtet und zu einer Position für die Relation der Grundpauschale/Versichertenpauschale oder Konsiliarpauschale von GOÄ/EBM zusammengefasst. Dies wurde jeweils für die obligaten Leistungen und für die obligaten und fakultativen Leistungen pro GOP berechnet. So entstanden die beiden Werte „Relation GOÄ/EBM Grundpauschale obligat“ und „Relation GOÄ/EBM Grundpauschale obligat und fakultativ“. Somit wurden für jeweils 5 GOP pro Arztgruppe die Relationen errechnet, Ausnahmen bildeten die Chirurgie, die Hausärzte, die Kinder- und Jugendmedizin sowie die Orthopädie mit 4 und die Nephrologie mit 2 abbildbaren Relationen.
3. Anschließend wurde für diese 5 (respektive 4 oder 2) Leistungen die *gewichtete mittlere Relation pro Arztgruppe* ermittelt. Dazu wurden die Relationen zwischen der Bewertung nach GOÄ und der Bewertung nach EBM der 5 (4 oder 2) Leistungen mit dem Anteil am Honorarumsatz der GOP multipliziert. Diese 5 (4 oder 2) Produkte wurden addiert und durch die Summe der Honorarumsatzanteile der 5 (4 oder 2) GOPs dividiert. Hierbei wurde ebenfalls in „Relation GOÄ/EBM obligat“ und „Relation GOÄ/EBM obligat und fakultativ“ unterschieden. Alle Relationswerte sind für alle Arztgruppen zusammen in **Tabelle 20** in **Kapitel 5** dieses Gutachtens zu finden.

4. Schließlich wurde in der gleichen Weise die gewichtete mittlere Relation für alle 10 Arztgruppen, also über alle GOP, die auch nach GOÄ abbildbar sind, gebildet.

4.2.2 Augenheilkunde

Die Bewertung der ausgewählten GOP der Augenheilkunde deutet darauf hin, dass die Vergütung der obligaten Leistungen in dieser Fachgruppe nach EBM niedriger als nach GOÄ war. Bei der Betrachtung der obligaten Leistungen dieser Fachgruppe muss jedoch berücksichtigt werden, dass die GOP 06225 immer in Kombination mit der Grundpauschale angebracht werden kann, sofern der behandelnde Arzt ein konservativ tätiger Augenarzt ist. Somit kann zu der Honorierung der Grundpauschalen (GOP 06210-06212) ein Betrag von 12,01€ (GOP 06225) addiert werden. Als äquivalente LP wurden für GOP 06225 ebenso wie für die GOP 06210-06212 die Ziffern 1 und 5 ausgewählt. Diese Ziffern können zwar mehrfach pro Behandlungsfall, aber nur einmal pro Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnet werden, sofern zusätzlich keine Leistungen aus den Abschnitten C bis O der GOÄ erbracht werden. Das bedeutet, dass die Ziffern 1 und 5 nicht als Äquivalent für die GOP 06225 abgerechnet werden können, sofern sie bereits für die Grundpauschalen (06210-06212) angesetzt wurden. Dementsprechend gibt es in dieser Abrechnungskonstellation keine Möglichkeit die GOP 06225 mit einer entsprechenden LP zu berücksichtigen. Wird der Zuschlag nach GOP 06225 zu den Grundpauschalen addiert, ist diese Summe größer als die entsprechende Honorierung nach GOÄ (06210 + 06225 = 28,68€; 06211 + 06225 = 25,97€; 06212 + 06225 = 28,24€). Somit würde für diesen Zusammenhang bei der ausschließlichen Betrachtung der obligaten Leistungen die Vergütung nach EBM höher ausfallen als nach GOÄ.

Die Berücksichtigung der fakultativen Leistungen der Grundpauschalen nach EBM führte jedoch zu einer höheren Gesamtsumme nach GOÄ (siehe **Tabelle 5**). Die Grundpauschalen enthalten zahlreiche fakultative Leistungen, weshalb bei diesen GOP die Unterschiede zwischen den Honorarordnungen besonders deutlich hervortraten. Durch die Systematik der Einzelleistungsvergütung kann nahezu jeder nach EBM fakultativen Leistung eine äquivalente Ziffer nach GOÄ zugeordnet werden. Wenn bei der GOP 06211 alle obligaten und fakultativen Leistungen erbracht worden wären, entspräche der Minimalwert unter Betrachtung der im Gutachten genannten Annahmen nach GOÄ 206,49€. Diese Summe ist um den Faktor 14,8 größer als die äquivalente Abrechnung nach EBM (13,96€). Ohne Berücksichtigung des oben erwähnten Zuschlags 06225 beträgt die „Relation GOÄ/EBM Grundpauschale obligat“ 1,4, während diese Relation für die obligaten und fakultativen Leistungen der Grundpauschale 13,5 beträgt. Wurden die gewichteten mittleren Relationen für alle 5 GOP betrachtet, so waren die Kosten der obligaten Leistungen nach GOÄ 1,8-mal höher als nach EBM. Für die Betrachtung der obligaten und fakultativen Leistungen zusammen änderte sich die mittlere gewichtete Relation auf 6,9. Die 5 hier betrachteten GOP trugen erheblich zum Umsatz der Gruppe der Augenheilkunde bei und waren zusammen für 50,4% des EBM-Honorarumsatzes verantwortlich.

Mit der GOP 31351 sind die Kosten für Verbände mit abgegolten. In den LP nach GOÄ sind Sachkosten grundsätzlich nicht inkludiert. Diese können gemäß §10 GOÄ abgerechnet werden. Dieser Zusatz wurde dementsprechend, wie in 3.2 erwähnt, immer dann in der letzten Spalte hinzugefügt, wenn die Sachkosten nach EBM mit der entsprechenden GOP abgegolten waren. Können sowohl nach EBM als auch nach GOÄ noch Sachkosten abgerechnet werden, wurde dies nicht extra in den Tabellen erwähnt.

GOP-Ziffer und Titel nach EBM und Betrag in Euro		GOÄ Ziffer(n) obligat	GOÄ obligate EBM-Leistungen in Euro	GOÄ Ziffer(n) obligat und fakultativ	Σ Obligate und fakultative Leistungen in Euro	Bemerkungen
06210 Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	16,67	1, 5, K1	28,44	1, 5, K1, 70, 1201, 1202, 1225A, 1235 oder 1236, 1256, 1241, 1242, 1216, 1209, 1209A, 298, 1207, 1229, 1, 5, K1	220,48	Ziffer 1235 (ohne Blendung) oder 1236 (mit Blendung) können alternativ verwendet werden, wobei die Vergütung für beider Ziffern identisch ist
06211 Grundpauschale ab 6. bis 59. Lebensjahr	13,96	1, 5	21,45	1, 5, 70, 1201, 1202, 1225A, 1235 oder 1236, 1256, 1241, 1242, 1216, 1209, 1209A, 298, 1207, 1229, 1, 5, K1	206,49	
06212 Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	16,23	1, 5	21,45	1, 5, 70, 1201, 1202, 1225A, 1235 oder 1236, 1256, 1241, 1242, 1216, 1209, 1209A, 298, 1207, 1229, 1, 5, K1	206,49	
06225 Zuschlag Behandlung durch (einen) konservativ tätige(n) Augenarzt/-ärzte	12,01	1, 5	21,45	Keine fakultativen Leistungen	21,45	
31351 Intraocularer Eingriff der Kategorie X2	439,18	485A, 1375, 445, 440, 441	694,42	485A, 1375, 445, 440, 441, 1, 5	715,87	Zzgl. Sachkosten gem. § 10 GOÄ
06321 Zusatzpauschale Schielbehandlung ab 6. Lebensjahr	19,48	1217, 1242, 1228A	61,00	1217, 1242, 1228A, 1202, 1207, 1203, 1268 oder 1269, 200A	110,33	Ziffer 1268 (Pleoptik) oder 1269 (Orthoptik) können alternativ verwendet werden, wobei die Vergütung für beide Ziffern identisch ist.
06330 Perimetrie	15,15	1227	33,25	Fakultative Leistung nicht abbildbar	33,25	

Tabelle 5: Ergebnisse des Vergleichs von GOP in der Augenheilkunde mit dem Minimalwert der LP nach GOÄ

4.2.3 Chirurgie

GOP-Ziffer und Titel nach EBM und Betrag in Euro		GOÄ Ziffer(n) obligat	GOÄ obligate EBM-Leistungen in Euro	GOÄ Ziffer(n) obligat und fakultativ	Σ Obligate und fakultative Leistungen in Euro	Bemerkungen
07210 Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	22,73	1, 5, K1	28,44	1, 5, K1, 1, 5, K1, 70	62,25	Fakultativer Leistungsinhalt „im Anhang 1 aufgeführte Leistungen“ kann aufgrund des Umfangs nicht berücksichtigt werden
07211 Grundpauschale ab 6. bis 59. Lebensjahr	23,92	1, 5	21,45	1, 5, 1, 5, 70	48,26	
07212 Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	27,60	1, 5	21,45	1, 5, 1, 5, 70	48,26	
31122 Eingriff der Kategorie C2	166,88	493, 493, 2029, 2051, 443, 440, 204	183,26	493, 493, 2029, 2051, 443, 440, 204, 1, 5	204,71	Spezifiziert als Exzision eines Ganglions. Zzgl. Sachkosten gem. § 10 GOÄ
07311 Zusatzpauschale Stütz-/ Bewegungsapparat ab 6. Lebensjahr	23,49	1, 5, 1, 5, 1, 5, 800	90,49	1, 5, 1, 5, 1, 5, 800, 204, 211	111,27	Mind. 3 Arzt-Patienten-Kontakte – hierfür immer Ziffern 1, 5 berücksichtigt, Wiederanlage eines Schienenverbandes
07220 Zuschlag chirurgische Grundversorgung	3,46	In GOÄ nicht abbildbar	0,00	In GOÄ nicht abbildbar	0,00	
31503 Postoperative Überwachung 3	55,52	1, 5, 602	37,40	1, 5, 602, 271, 650	69,43	Infusion bis 30 Min. Dauer

Tabelle 6: Ergebnisse des Vergleichs von GOP in der Chirurgie mit dem Minimalwert der LP nach GOÄ

Die Grundpauschalen 07211 und 07212 wurden nach EBM höher vergütet als die äquivalenten obligaten Leistungen nach GOÄ. Bei der Grundpauschale für Kinder sorgte der Zuschlag K1 für eine höhere Entlohnung nach GOÄ. Dieser Zuschlag entfällt für Kinder, die das vierte Lebensjahr vollendet haben. Ab diesem Zeitpunkt sank die Vergütung nach GOÄ auf 21,45€ und damit knapp unter die entsprechende Vergütung nach EBM mit 22,73€. Im Gegensatz zu den Grundpauschalen der Augenheilkunde wiesen die in **Tabelle 6** übertragenen Leistungen der Chirurgie nur wenige fakultative Leistungen auf. Nach EBM sind für die Abrechnung der GOP 07311 mindestens drei Arzt-Patienten-Kontakte obligat. Gemäß den Annahmen zu Herausforderung 3 wurden somit 3 Arzt-Patienten-Kontakte in 3 Behandlungsfällen mit den LP 1 und 5 bewertet.

Die Vergütung nach GOÄ fiel (bereits in der Minimalwertbetrachtung) höher aus, sofern alle fakultativen Leistungen der Grundpauschalen in den Vergleich eingeschlossen wurden. Besonders die Vergütung für Patienten unter vier Jahren fiel mit 62,25€ nach GOÄ höher aus als die Vergütung nach EBM mit 22,73€.

Auffällig war ebenfalls die GOP der postoperativen Überwachung, welche nach EBM mit 55,52€ vergütet wurde. Die obligaten Leistungen (Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz und Abschlussuntersuchung(en)) wurden nach GOÄ mit 37,40€ honoriert. Somit war die Vergütung der obligaten Leistungen nach EBM um 18,12€ höher als nach GOÄ. Wurden die fakultativen Leistungen mit betrachtet, zeigte sich jedoch, dass die Honorierung nach GOÄ bis zu 69,43€ im Minimalwert betragen kann. Diese fakultativen Leistungen umfassen die Infusionstherapie, Schmerztherapie und das EKG-Monitoring des Patienten. Wenn alle fakultativen Leistungen der ausgewählten GOP der Chirurgie in den Vergleich eingeschlossen wurden, so ergab sich eine gewichtete mittlere Relation von 2,0. Die Bewertung nach GOÄ war demnach doppelt so hoch wie die Bewertung nach EBM. Dabei wurden lediglich die 4 GOP mit in die Betrachtung inkludiert, für die eine Bewertung nach GOÄ abbildbar war. Sie machten einen Anteil am Honorarumsatz nach EBM von 38,2% aus.

4.2.4 Gynäkologie

Die obligaten Leistungen der Grundpauschalen der Gynäkologie wurden nach EBM geringer vergütet als nach GOÄ (siehe **Tabelle 7**). Die Abrechnungsbeträge fielen nach GOÄ für die obligaten Leistungen der Grundpauschalen im Schnitt um den Faktor 1,4 höher aus. Bei Einbeziehung des relativ umfangreichen Katalogs der fakultativen Leistungen erhöhte sich dieser Faktor auf 19,3. Dies bedeutet, dass die Erbringung aller zu den Grundpauschalen gehörenden Leistungen die Honorierung nach GOÄ im Schnitt um das 19,3-fache höher ausfiel. In absoluten Zahlen ausgedrückt ergab sich bei der Behandlung von Patienten zwischen dem 6. und 59. Lebensjahr eine Bewertungsdifferenz zwischen den beiden Honorarordnungen von 281,55 €.

Ebenso fiel die Honorierung nach GOÄ für die Krebsfrüherkennungsuntersuchung (01730), die Beratung einschließlich Untersuchung im Rahmen einer Empfängnisregelung (01822) sowie die Sonographie der weiblichen Genitalorgane (33044) höher aus als nach EBM. Die Krebsfrüherkennung wurde nach GOÄ um das 2,2-fache höher entlohnt, wobei die absolute Differenz zwischen den Honorarordnungen 23,42€ betrug und keine fakultativen Leistungen zu berücksichtigen waren. Ebenso wurde die Beratung einschließlich Untersuchung nach GOÄ um das 1,64-fache höher vergütet. Die äquivalente obligate Honorierung der Sonographie fiel um 22,28€ höher aus. Grund hierfür ist die Möglichkeit, die Ziffer 420 nach GOÄ, die sich auf ein Organ bezieht, dreifach in einer Sitzung abrechnen zu können. Die Differenzen zwischen EBM und GOÄ bezogen auf das Beratungsgespräch und die Sonographie wurden bei Einbeziehung der fakultativen Leistungen noch verschärft. Die Vergütung nach GOÄ fiel hier um das 3,4-fache (Beratung) bzw. das 4,4-fache (Sonographie) höher aus.

Zur Berechnung der Vergütung der Betreuung von Schwangeren wurde sich an den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses orientiert. In den ersten 32 Schwangerschaftswochen (SSW) erfolgt demnach eine Kontrolle des Schwangerschaftsablaufes im Abstand von 4 Wochen, in den letzten 8 SSW Kontrollen im Abstand von 2 Wochen. Nach Bekanntwerden der Schwangerschaft sollte die erste Untersuchung möglichst frühzeitig erfolgen. In den Mutterschaftsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind während des Schwangerschaftsverlaufs auch 3 Ultraschalluntersuchungen vorgesehen, wobei im ersten Trimester eine Ultraschalluntersuchung als vaginaler Ultraschall nach GOÄ Nr. 403 berücksichtigt werden würde. Im Rahmen dieses Gutachtens wurde davon ausgegangen, dass es

sich hierbei um eine Schwangerschaft im zweiten Trimester handelt und demzufolge 3 Untersuchungen im Abstand von 4 Wochen stattfanden sowie eine (nicht-vaginale) Ultraschalluntersuchung. Somit wurde die Betreuung einer Schwangeren (01770) nach EBM mit 118,29€ etwas geringer honoriert, als nach GOÄ, die die erwähnten Leistungen mit 120,65€ vergütet.

Die gewichtete mittlere Relation GOÄ/EBM aller fünf GOP, die einen Anteil von 60,3% des EBM-Honorarumsatzes der Gynäkologie ausmachten, betrug unter lediglicher Betrachtung der obligaten Leistungen 1,6 und bei Hinzunahme der fakultativen Leistungen 8,3.

GOP-Ziffer und Titel nach EBM und Betrag in Euro		GOÄ Ziffer(n) obligat	GOÄ obligate EBM-Leistungen in Euro	GOÄ Ziffer(n) obligat und fakultativ	Σ Obligate und fakultative Leistungen in Euro	Bemerkungen
08210 Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	12,23	1, 5, K1	28,44	1, 5, K1, 3511, 3531, 410, 420, 420, 420, 1791, 1792, 1794, 1787, 70, 1, 5, K1,	302,49	Fakultativer Leistungsinhalt „im Anhang 1 aufgeführte Leistungen“ (des EBM) kann aufgrund des Umfangs nicht berücksichtigt werden
08211 Grundpauschale ab 6. bis 59. Lebensjahr	15,69	1, 5	21,45	1, 5, 3511, 3531, 410, 420, 420, 420, 403, 1791, 1792, 1794, 1787, 70, 1, 5	297,24	
08212 Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	15,91	1, 5	21,45	1, 5, 3511, 3531, 410, 420, 420, 420, 403, 1791, 1792, 1794, 1787, 70, 1, 5	297,24	
01770 Betreuung einer Schwangeren	118,29	24, 24, 24, 415	120,65	Keine fakultativen Leistungen	120,65	Untersuchung findet im zweiten Trimester nach Schwangerschaftsfeststellung statt.
01730 Krebsfrüherkennungsuntersuchung	19,48	27	42,90	Keine fakultativen Leistungen	42,90	
01822 Beratung ggf. einschl. Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung	12,23	3	20,11	3,7	41,56	
33044 Sonographie der weiblichen Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase	15,26	410, 420, 420, 420	37,54	410, 420, 420, 420, 403	67,73	

Bemerkungen zu Grundpauschalen:

Erklärung zu den fakultativen Leistungen: Die Ziffern 3511, 3531, 410, 420, 420, 420, 1791, 1792, 1794, 1787 wurden für den fakultativen Leistungsinhalt „Untersuchung und Behandlung Harninkontinenz“ aufgrund der getroffenen Annahmen ausgewertet. Ein transkavitärer Ultraschall wird bei der Pauschale bis zum 5. LJ nicht berücksichtigt. Der fakultative Leistungsinhalt „weitere Arzt-Patienten-Kontakte“ wurden mit den Nummern 1 und 5 der GOÄ berücksichtigt. Im Anhang 1 des EBM sind zahlreiche Untersuchungen aufgeführt, welche Bestandteil der GOP (EBM) und somit nicht gesondert berechnungsfähig sind. Der fakultative Leistungsinhalt „im Anhang 1 aufgeführte Leistungen“ (des EBM) wurde nicht berücksichtigt, da aufgrund der hohen Anzahl der aufgeführten Untersuchungen kein Umsetzen in GOÄ-Nummern möglich ist. Berechnung mit Kurzbefrag. Sachkosten gem. § 10 GOÄ berechnungsfähig.

Tabelle 7: Ergebnisse des Vergleichs von GOP in der Gynäkologie mit dem Minimalwert der LP nach GOÄ

4.2.5 Hausärzte

GOP-Ziffer und Titel nach EBM und Betrag in Euro		GOÄ Ziffer(n) obligat	GOÄ obligate EBM-Leistungen in Euro	GOÄ Ziffer(n) obligat und fakultativ	Σ Obligate und fakultative Leistungen in Euro	Bemerkungen
03001 Versichertenpauschale bis 4. Lebensjahr	25,54	1, 5, K1, 800	54,59	1, 5, K1, 800, 1, 5, K1	83,03	Fakultativer Leistungsinhalt „im Anhang 1 aufgeführte Leistungen“ (des EBM) kann aufgrund des Umfangs nicht berücksichtigt werden
03002 Versichertenpauschale 5. bis 18. Lebensjahr	16,23	1, 5, 800	47,59	1, 5, 800, 1, 5	69,04	
03003 Versichertenpauschale 19. bis 54. Lebensjahr	13,2	1, 5, 800	47,59	1, 5, 800, 1, 5	69,04	
03004 Versichertenpauschale 55. bis 75. Lebensjahr	16,99	1, 5, 800	47,59	1, 5, 800, 1, 5	69,04	
03005 Versichertenpauschale ab 76. Lebensjahr	22,84	1, 5, 800	47,59	1, 5, 800, 1, 5	69,04	
03040 Zusatzpauschale Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gem. § 73 Abs. 1 SGB V	15,58	In GOÄ nicht abbildbar	0,00	In GOÄ nicht abbildbar	0,00	
03220 Zuschlag bei lebensverändernder chronischer Erkrankung	14,07	1, 5	21,45	1, 5, 1, 15	72,39	
03230 Problemorientiertes ärztliches Gespräch	9,74	3	20,11	In obligater Leistung enthalten	20,11	
01732 Gesundheitsuntersuchung bei Erwachsenen ab vollendetem 18. Lebensjahr	34,63	29	58,99	Keine fakultativen Leistungen EBM	58,99	

Tabelle 8: Ergebnisse des Vergleichs von GOP der Hausärzte mit dem Minimalwert der LP nach GOÄ

Die Vergütung durch die Versichertenpauschalen fiel nach EBM deutlich geringer aus, als die Vergütung der äquivalenten Leistungen nach GOÄ, wie **Tabelle 8** zeigt. Die obligaten Leistungen wurden mittels GOÄ um das 2,4-fache höher vergütet. Wurden die fakultativen Leistungen mit betrachtet, erhöhte sich die gewichtete mittlere Relation auf 4,1. Folglich war die Erlössituation für die Behandlung

von Privatpatienten mit diesen Leistungen deutlich besser als für die Erbringung der gleichen Leistungen innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung.

Neben den Versichertenpauschalen wurde der Zuschlag bei einer lebensverändernden chronischen Erkrankung (03220), dem problemorientierten Gespräch (03230) sowie der Gesundheitsuntersuchung ab dem vollendeten 18. Lebensjahr (01732) nach GOÄ höher honoriert. Die Gesundheitsuntersuchung wurde nach GOÄ mit dem 1,7-fachen der Vergütung nach EBM veranschlagt. Bei der Bewertung des Zuschlags und des Gesprächs mittels GOÄ war zu beachten, dass die aus den ärztlichen Leistungen gefolgerten LP nicht zu den äquivalenten LP aus den Versichertenpauschalen abgerechnet werden können. Eine Kombination der Versichertenpauschale sowie des Zuschlags bei einer lebensverändernden chronischen Erkrankung ist nach EBM ohne weiteres möglich. Wie bereits erwähnt, können die LP 1 und 5 nicht mehrfach auf einer Rechnung eingebracht werden, weshalb neben der Versichertenpauschale keine äquivalente Ziffer für den Zuschlag nach GOP 03220 abgerechnet werden konnte. Das gleiche galt für das problemorientierte Gespräch nach GOP 03230, wobei in diesem Fall die Ziffer 1 durch die Ziffer 3 ersetzt werden würde.

4.2.6 Innere Medizin /Kardiologie

Die finanziell bedeutendste GOP der Kardiologie war die Zusatzpauschale Kardiologie II (13550). Diese Pauschale deckt ein breites Spektrum von Leistungen der Kardiologie ab. Die Bewertung der obligaten Leistungen dieser Pauschalen zeigte bereits, dass die Abrechnungsbeträge nach GOÄ deutlich höher ausfallen (siehe **Tabelle 9**). Für die Erbringung der äquivalenten obligaten Leistungen an einem Privatpatienten erhielt ein Arzt das 4,4-fache des EBM-Honorars. Werden die fakultativen Leistungen eingeschlossen steigt die Vergütung nach GOÄ auf das 7,2-fache.

Im Gegensatz zu der Zusatzpauschale war die Differenz der Bewertung der obligaten Leistungen nach den Grundpauschalen der Kardiologie zwischen den Honorarordnungen als gering einzustufen. Unter Betrachtung der äquivalenten obligaten Leistungen ist eine höhere Bewertung der Grundpauschale nach EBM zu beobachten. Die Relation GOÄ/EBM betrug 0,9. Eine Ausnahme stellte hier die Grundpauschale für Kinder (13540) unter 5 Jahre dar, die nach EBM mit 15,48€ und nach GOÄ für Kinder unter 4 Jahren mit 28,44€ vergütet wurde. Die restlichen Grundpauschalen (13541, 13542) wurden nach EBM etwas höher vergütet, sofern ausschließlich die obligaten Leistungen betrachtet werden. Mit der Einbeziehung der fakultativen Leistungen war die Vergütung nach GOÄ um das 2,1-fache höher.

Die Berechnung der gewichteten mittleren Relation ergab für die 5 GOP der Arztgruppe Innere Medizin/Kardiologie unter Betrachtung der obligaten Leistungen eine GOÄ/EBM Relation von 3,2. Unter Betrachtung der obligaten und fakultativen Leistungen war die Bewertung nach GOÄ um das 5,2-fache höher als die Bewertung nach EBM. Zusammengenommen erzielten diese 5 GOP einen Anteil von 74,2% am Honorarumsatz der Kardiologen im Jahr 2017.

GOP-Ziffer und Titel nach EBM und Betrag in Euro		GOÄ Ziffer(n) obligat	GOÄ obligate EBM-Leistungen in Euro	GOÄ Ziffer(n) obligat und fakultativ	Σ Obligate und fakultative Leistungen in Euro	Bemerkungen
13550 Zusatzpauschale Kardiologie II	89,94	424, 404, 405, 406, 629A	399,85	424, 404, 405, 406, 629A, 271, 251, 254, 204, 659, 654, 630, 647A	647,86	
13540 Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	15,48	1, 5, K1	28,44	1, 5, K1, 1, 5, K1, 70	62,25	Fakultativer Leistungsinhalt „im Anhang 1 aufgeführte Leistungen“ (des EBM) kann aufgrund des Umfangs nicht berücksichtigt werden
13541 Grundpauschale ab 6. bis 59. Lebensjahr	22,4	1, 5	21,45	1, 5, 1, 5, 70	48,26	
13542 Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	23,16	1, 5	21,45	1, 5, 1, 5, 70	48,26	
13545 Zusatzpauschale Kardiologie I	73,49	424, 404, 405, 406, 648	212,84	424, 404, 405, 406, 271, 251, 204, 659, 654, 630, 647A	369,01	
33070 Duplex-Sonographie der extrakraniellen Gefäße	44,37	410, 420, 420, 420, 645	127,18	Wegen Abrechnungsausschluss nicht abbildbar	127,18	
34291 Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	349,25	490, 628, 360, 361, 361, 5325, 5326, 5326, 5326, 5326, 5335, 2007A, 204	957,71	490, 628, 360, 361, 361, 5325, 5326, 5326, 5326, 5326, 5335, 2007A, 204, 1	968,43	

Bemerkungen zu Zusatzpauschale Kardiologie I und II:

Ziffer 648 nicht einbezogen, da diese nicht neben 629, 630 berechnungsfähig ist. Ziffer 652 nicht neben 659 berechnungsfähig. Sachkosten sind gem. § 10 GOÄ außer beim Einschwemmkatheter berechnungsfähig. Bei letzterem ist die Gebühr abgegolten. Es wird eine Infusion betrachtet, die mehr als 30 Minuten dauert. Die Applikation von Testsubstanzen wird nicht berücksichtigt. Die Zusatzpauschale Kardiologie II unterliegt der Annahme, dass nach einer arteriellen Blutentnahme ein Kompressions- oder Druckverband erforderlich ist.

Table 9: Ergebnisse des Vergleichs von GOP in der Kardiologie mit dem Minimalwert der LP nach GOÄ

4.2.7 Innere Medizin /Nephrologie

GOP-Ziffer und Titel nach EBM und Betrag in Euro		GOÄ Ziffer(n) obligat	GOÄ obligate EBM-Leistungen in Euro	GOÄ Ziffer(n) obligat und fakultativ	Σ Obligate und fakultative Leistungen in Euro	Bemerkungen
40823 Kostenpauschale für Dialyse ab dem 18. Lebensjahr; Preisstufe 4	398,00	In GOÄ nicht abbildbar	0,00	In GOÄ nicht abbildbar	0,00	Sachkosten gem. GOÄ nach § 10; die Abrechnung von Pauschalen ist unzulässig
13610 Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Hämodialyse, Peritonealdialyse und Sonderverfahren	16,13	792	58,99	Keine fakultativen Leistungen EBM	58,99	
40825 Kostenpauschale für Peritonealdialyse ab dem 18. Lebensjahr	505,40	In GOÄ nicht abbildbar	0,00	In GOÄ nicht abbildbar	0,00	Sachkosten gem. GOÄ nach § 10; die Abrechnung von Pauschalen ist unzulässig
13590 Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	15,69	1, 5, K1	28,44	1, 5, K1, 1, 5, K1, 70	62,25	Fakultativer Leistungsinhalt „im Anhang 1 aufgeführte Leistungen“ kann aufgrund des Umfangs nicht berücksichtigt werden
13591 Grundpauschale ab 6. bis 59. Lebensjahr	26,62	1,5	21,45	1, 5, 1, 5 70	48,26	
13592 Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	27,60	1,5	21,45	1, 5, 1, 5, 70	48,26	
40824 Kostenpauschale für Dialyse ab dem 18. Lebensjahr am Wohnort; Preisstufe 4	132,70	In GOÄ nicht abbildbar	0,00	In GOÄ nicht abbildbar	0,00	Sachkosten gem. GOÄ nach § 10; die Abrechnung von Pauschalen ist unzulässig

Tabelle 10: Ergebnisse des Vergleichs von GOP in der Nephrologie mit dem Minimalwert der LP nach GOÄ

Die finanziell bedeutendste GOP der Nephrologie war die Kostenpauschale für Dialyse ab dem 18. Lebensjahr, welche nach EBM mit 398,00€ abgerechnet wurde. Die GOÄ sieht dafür eine Sachkostenabrechnung nach § 10 GOÄ vor. Zudem ist es in der GOÄ notwendig, den genauen Preis der Sachmittel anzugeben und diesen mit einem Beleg aufzuzeigen (§ 12 Abs. 2 Nr. 5 GOÄ), was nach EBM nicht gefordert wird. Letzteres könnte unter Umständen dazu führen, dass ein besonders günstiger Einkauf von Sachmitteln einen positiven finanziellen Effekt bei der Abrechnung nach EBM nach sich ziehen könnte. Einen Näherungswert für die Bewertung nach GOÄ würden die Kosten der für eine Dialyse notwendigen Ressourcenverbräuche darstellen. Solche Informationen lagen für dieses Gutachten nicht vor. Aus diesem Grund konnte keine Bewertung der entsprechenden Kostenpauschalen nach GOÄ vorgenommen werden.

Die Vergütung der Grundpauschalen entsprach in etwa den Verhältnissen der Kardiologie. So war die Relation GOÄ/EBM für die äquivalenten obligaten Leistungen der Grundpauschale 0,8, was aus der höheren Bewertung dieser Leistungen für die über 5-jährigen nach EBM im Vergleich zu GOÄ resultierte. Wurden die für die Grundpauschalen nach EBM äquivalenten obligaten und fakultativen zusammen betrachtet, so änderte sich die GOÄ/EBM Relation zu 1,8. Bei dieser Betrachtung waren die Bewertungen nach GOÄ demnach doppelt so hoch wie die Bewertung der Grundpauschalen nach EB (**Tabelle 10**).

Die gewichtete mittlere Relation konnte für die Leistungen der Nephrologen nur mit 2 der 5 GOP berechnet werden ((13590–13592) und 13610), die zusammen für 10,8% des Honorarumsatzes dieser Arztgruppe verantwortlich waren. Die Relation unter Betrachtung der obligaten Leistungen war hierbei 2,8, unter Hinzunahme der fakultativen Leistungen stieg sie auf 3,1. Dies ist aufgrund des kleinen Prozentsatzes nicht sehr aussagekräftig für die gesamte Arztgruppe. So machte 2017 die nicht in der Gesamrelation inkludierte Kostenpauschale 40823 allein bereits 60% am Honorarumsatz aus

4.2.8 Kinder- und Jugendmedizin

Die Vergütung der Versichertenpauschale der Kinder- und Jugendmedizin fiel bei Betrachtung der obligaten Leistungen nach GOÄ um das 2,6-fache höher aus, als die Vergütung nach EBM. Wurden die fakultativen Leistungen ebenfalls mit einbezogen waren die Abrechnungsbeträge nach GOÄ um das 3,9-fache höher. Die zugrundeliegenden Beträge sind in **Tabelle 11** einzusehen.

Die Zusatzpauschale zur Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages gemäß § 73 Abs. 1 SGB V ist nach GOÄ nicht zu bewerten. Das problemorientierte Gespräch wurde nach GOÄ mit dem doppelten EBM-Betrag vergütet. Hierbei ist zu beachten, dass die Kombination dieser GOP mit den Grundpauschalen nach EBM möglich ist. Die einfache Addition der entsprechenden Beträge nach GOÄ ist durch die Ausschlussgründe zu Ziffer 3 nicht möglich. Dieser Zusammenhang würde den Abstand zwischen GOÄ und EBM verringern. Der Zuschlag bei lebensverändernder chronischer Erkrankung nach GOP 04220 ist nicht mit dem Gespräch nach GOP 03220 der Allgemeinmedizin zu verwechseln. Der Umfang der obligaten und fakultativen Leistungen unterscheidet sich zwischen diesen GOP. Aus diesem Grund wurde für die 04220 als äquivalente Ziffer nach GOÄ die 34 ausgewählt. Diese Ziffer wurde mit dem 2,86-fachen der EBM-Vergütung honoriert.

Insgesamt betrachtet, ergab die Berechnung der gewichteten mittleren Relation GOÄ/EBM für die 4 auch nach GOÄ abbildbaren GOP für die Betrachtung der obligaten Leistungen einen Wert von 2,5. Die Bewertung nach GOÄ war demnach um das 2,5-fache höher als nach EBM. Unter Hinzunahme der fakultativen Leistungen erhöhte sich die Relation auf 3,7. Durch diese 4 GOP wurde ein Anteil von 39,6% am EBM-Honorarumsatz der Kinder- und Jugendmediziner gedeckt.

GOP-Ziffer und Titel nach EBM und Betrag in Euro		GOÄ Ziffer(n) obligat	GOÄ obligate EBM-Leistungen in Euro	GOÄ Ziffer(n) obligat und fakultativ	Σ Obligate und fakultative Leistungen in Euro	Bemerkungen
04001 Versichertenpauschale bis 4. Lebensjahr	25,54	1, 5, K1, 800	54,59	1, 5, K1, 800, 1, 5, K1	83,03	
04002 Versichertenpauschale 5. bis 18. Lebensjahr	16,23	1, 5, 800	47,59	1, 5, 800, 1, 5	69,04	Fakultativer Leistungsinhalt „im Anhang 1 aufgeführte Leistungen“ (des EBM) kann aufgrund des Umfangs nicht berücksichtigt werden
04003 Versichertenpauschale 19. bis 54. Lebensjahr	13,20	1, 5, 800	47,59	1, 5, 800, 1, 5	69,04	
04004 Versichertenpauschale 55. bis 75. Lebensjahr	16,99	1, 5, 800	47,59	1, 5, 800, 1, 5	69,04	
04005 Grundpauschale ab 76. Lebensjahr	22,84	1, 5, 800	47,59	1, 5, 800, 1, 5	69,04	
04040 Zusatzpauschale Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gem. § 73 Abs. 1 SGB V	15,58	In GOÄ nicht abbildbar	0,00	In GOÄ nicht abbildbar	0,00	
04230 Problemorientiertes ärztliches Gespräch	9,74	3	20,11	In GOÄ nicht abbildbar	20,11	Fakultative Leistung in Nr. 3 GOÄ enthalten
04220 Zuschlag bei lebensverändernder chronischer Erkrankung	14,07	34	40,22	In GOÄ nicht abbildbar	40,22	Fakultative Leistung in Nr. 34 GOÄ enthalten
04355 Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklärung	15,69	3	20,11	807, 856, 8	126,36	Ziffer 3 nicht neben 807 berechnungsfähig

Tabelle 11: Ergebnisse des Vergleichs von GOP in der Kinder- und Jugendmedizin mit dem Minimalwert der LP nach GOÄ

4.2.9 Orthopädie

GOP-Ziffer und Titel nach EBM und Betrag in Euro		GOÄ Ziffer(n) obligat	GOÄ obligate EBM-Leistungen in Euro	GOÄ Ziffer(n) obligat und fakultativ	Σ Obligate und fakultative Leistungen in Euro	Bemerkungen
18210 Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	18,94	1,5, K1, 800	54,59	1, 5, K1, 800, 1, 5, K1, 70	88,39	Fakultativer Leistungsinhalt „im Anhang 1 aufgeführte Leistungen“ (des EBM) kann aufgrund des Umfangs nicht berücksichtigt werden
18211 Grundpauschale ab 6. bis 59. Lebensjahr	19,7	1, 5, 800	47,59	1, 5, 800, 1, 5, 70	74,40	
18212 Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	22,73	1, 5, 800	47,59	1, 5, 800, 1, 5, 70	74,40	
30791 Durchführung einer Körperakupunktur	22,94	269a	46,92	In GOÄ nicht abbildbar	46,92	Zzgl. Sachkosten inkl. verwendeter Akkupunkturnadeln gem. § 10 GOÄ; fakultativer Leistungsinhalt in GOÄ Nr. 269a enthalten
18331 Zusatzpauschale degenerative Wirbelsäulenerkrankungen ab dem 18. Lebensjahr	18,18	1, 5, 800	47,59	1, 5, 800, 3305, 255, 204, 490	86,20	
18311 Zusatzpauschale bei Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates ab dem 18. Lebensjahr	23,49	1, 8, 1, 5, 1, 5, 1, 5	109,93	1, 8, 1, 5, 1, 5, 204, 211, 252, 255	127,36	
18220 Zuschlag für die orthopädische Grundversorgung	3,36	In GOÄ nicht abbildbar	0,00	In GOÄ nicht abbildbar	0,00	

Tabelle 12: Ergebnisse des Vergleichs von GOP in der Orthopädie mit dem Minimalwert der LP nach GOÄ

Die Grundpauschalen der Orthopädie wurden nach EBM geringer vergütet. Die entsprechenden obligaten Leistungen wurden nach GOÄ um das 2,3-fache höher honoriert. Grund hierfür war die Ziffer 800 nach GOÄ, welche mit einer zum Schwellenwert gesteigerten Gebühr von 26,14€ als äquivalent für die obligaten Leistungen abrechenbar ist. Unter Berücksichtigung der fakultativen Leistungen fiel die Vergütung nach GOÄ im Durchschnitt um das 3,6-fache höher aus.

Die Durchführung einer Körperakupunktur (30791) wurde bei einem nicht vertragsärztlich abgerechneten Patienten mit 46,92€ vergütet, während ein Arzt für die gleiche Leistung nach EBM 22,94€ erhielt (siehe **Tabelle 12**). Die Honorierung nach GOÄ entsprach somit dem 2,1-fachen der EBM-Vergütung.

Die identifizierten ärztlichen Leistungen der Zusatzpauschalen wurden nach GOÄ deutlich höher vergütet. Während die Zusatzpauschale 18331 nach GOÄ mit dem 2,6-fachen (obligate Leistungen) bzw. dem 4,7-fachen (fakultative und obligate Leistungen) der Vergütung nach EBM honoriert wurde, fielen diese Faktoren bei der Zusatzpauschale nach GOP 18311 mit 4,7 bzw. 5,4 noch höher aus. Ebenfalls war hier zu beachten, dass die identifizierten LP der Zusatzpauschalen nicht ohne Weiteres mit den identifizierten Leistungen der Grundpauschalen kombinierbar sind. Die Kombinationsmöglichkeit nach EBM, die Grund- und Zusatzpauschale zusammen abzurechnen, kann die Differenz zwischen den Honorarordnungen verringern. Dies gilt ebenso für den Zuschlag für die orthopädische Grundversorgung, der nicht mittels GOÄ bewertet werden kann.

Somit wurde die gewichtete mittlere Relation GOÄ/EBM auf Basis der 4 GOP errechnet, welche zusammen einen EBM-Honorarumsatzanteil der Orthopädie von 52,8% ausmachten. Die Relation betrug für die obligaten Leistungen 2,5 und bei zusätzlicher Inkludierung der fakultativen Leistungen 3,7.

4.2.10 Psychotherapie

GOP-Ziffer und Titel nach EBM und Betrag in Euro		GOÄ Ziffer(n) obligat	GOÄ obligate EBM-Leistungen in Euro	GOÄ Ziffer(n) obligat und fakultativ	Σ Obligate und fakultative Leistungen in Euro	Bemerkungen
35220, neu: 35421 Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)	99,78	870	100,55	Fakultative Leistung in obligater Leistung abgebildet	100,55	Fakultativer Leistungsinhalt „im Anhang 1 aufgeführte Leistungen“ (des EBM) kann aufgrund des Umfangs nicht berücksichtigt werden
35200, neu 35401 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)	99,78	861	92,50	Fakultative Leistung in obligater Leistung abgebildet	92,50	
35151 Psychotherapeutische Sprechstunde	50,00	860	123,34	Fakultative Leistung in obligater Leistung abgebildet	123,34	
35425 Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)	99,78	870	100,55	Fakultative Leistung in obligater Leistung abgebildet	100,55	
35150 Probatorische Sitzung	67,21	861A oder 863A	92,50	861A oder 863A, 808	146,13	

Tabelle 13: Ergebnisse des Vergleichs von GOP in der Psychotherapie mit dem Minimalwert der LP nach GOÄ

Die Vergütung der Psychotherapeuten fiel nach GOÄ für die obligaten psychotherapeutischen Leistungen um das 1,4-fache höher aus als nach EBM. Die Verhaltenstherapie nach GOP 35425 wurde nach beiden Honorarordnungen mit ca. 100€ vergütet. Die psychotherapeutische Sprechstunde nach GOP 35151 wurde nach EBM mit 50€ honoriert. Wie **Tabelle 13** zeigt, konnte der behandelnde Arzt bei der Versorgung von privatärztlich abgerechneten Patienten mit einer äquivalenten ärztlichen Leistung 123,34€ abrechnen. Dies entsprach dem 2,5-fachen der Vergütung nach EBM. Ebenso wurde die pro-

batorische Sitzung nach GOÄ um das 1,4-fache höher vergütet, sofern ausschließlich die obligaten Leistungen betrachtet wurden. Wurden zusätzlich die nach EBM fakultativen Leistungen einbezogen, betrug die Vergütung nach GOÄ das 2,2-fache. Die gewichtete mittlere Relation GOÄ/EBM unter Inkludierung der fakultativen Leistungen entsprach für alle 5 GOP zusammen 1,5 und machte 37,8% des EBM-Honorarumsatzes der Psychotherapeuten aus.

Zu erwähnen ist hier, dass die GOP 35220 und 35200 im Juli 2017 umbenannt wurden und nun als 35421 beziehungsweise 35401 gelistet sind. Im Juli 2018 wurde zudem die Anzahl der Punkte für diese GOP angepasst. Der Betrag in Euro änderte sich für die 35421 (ehemals 35220) von 88,56€ zu 99,78€. Für die ehemalige GOP 35200 (nun neu 35401) erhöhte sich der Betrag ebenfalls von 88,56€ auf 99,78€. Hier ist die Honorierung nach GOÄ nun mit 92,50€ um 7,28€ günstiger als nach EBM.

4.2.11 Radiologie

GOP-Ziffer und Titel nach EBM und Betrag in Euro		GOÄ Ziffer(n) obligat	GOÄ obligate EBM-Leistungen in Euro	GOÄ Ziffer(n) obligat und fakultativ	Σ Obligate und fakultative Leistungen in Euro	Bemerkungen
34451 MRT-Untersuchung der Hand, des Fußes und/oder deren Teile	131,28	5729, 5733	298,43	5729, 5733, 344, 5731	416,75	Einbringung Kontrastmittel bis zu 10 Min. Dauer
24210 Konsiliarpauschale bis zum 5. Lebensjahr	5,74	1, 5, K1	28,44	Fakultative Leistung in obligater Leistung abgebildet	28,44	
24211 Konsiliarpauschale 6. bis 59. Lebensjahr	4,76	1, 5	21,45	Fakultative Leistung in obligater Leistung abgebildet	21,45	
24212 Konsiliarpauschale ab dem 60. Lebensjahr	5,74	1, 5	21,45	Fakultative Leistung in obligater Leistung abgebildet	21,45	
34270 Mammographie	28,68	5266, 5298	53,86	Keine fakultativen Leistungen	53,86	Je Seite; der Zuschlag 5298 beträgt 25% des einfachen Gebührensatzes der Hauptleistung (5266)
34411 MRT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule	131,28	5705, 5733	487,28	5705, 5733, 344, 5731	605,61	Einbringung Kontrastmittel bis zu 10 Min. Dauer
34341 CT-Untersuchung des gesamten Abdomens	88,64	5372, 5377	319,41	Keine fakultativen Leistungen	319,41	

Tabelle 14: Ergebnisse des Vergleichs von GOP in der Radiologie mit dem Minimalwert der LP nach GOÄ

Die Vergütung der obligaten ärztlichen Leistungen der Konsiliarpauschalen (24210-24212) der Radiologie war nach GOÄ um den Faktor 4,2 höher. Ein Grund für den geringeren EBM-Abrechnungsbetrag

im Vergleich zu den Grundpauschalen der anderen Facharztgruppen könnte der relativ kurze Leistungsumfang der Konsiliarpauschale nach EBM sein. Auf Seite der GOÄ wurde die Bewertung mittels der identischen Ziffern durchgeführt, die auch für die obligaten Leistungen der Grundpauschalen der anderen Facharztgruppen genutzt wurden. Hierdurch ergab sich auch ohne fakultative Leistungen eine größere relative Differenz (**Tabelle 14**).

Auch die restlichen Leistungen erzeugen nach GOÄ höhere Abrechnungsbeträge. So erhält ein Arzt für die Mammographie (34270) nach GOÄ 25,18€ mehr, was dem 1,9-fachen der Vergütung nach EBM entspricht. Die Untersuchungen der Hand oder des Fußes (34451) bzw. der Wirbelsäule (34411) mittels Magnetresonanztomographie (MRT) werden nach GOÄ um das 2,3- bzw. das 3,7-fache höher vergütet, sofern ausschließlich die obligaten Leistungen nach EBM berücksichtigt werden. Mit den fakultativen Leistungen erhöhen sich die Faktoren auf 3,2 bzw. 4,6. Die Untersuchung des Abdomens mittels Computertomographie (CT) (34341) wird nach GOÄ um das 3,6-fache höher vergütet.

Werden alle 5 GOP der Arztgruppe, die einen Anteil von 31,3% des EBM-Honorarumsatzes der Radiologen stellen, zusammen betrachtet, so ergab sich eine gewichtete mittlere Relation GOÄ/EBM von 3,4 unter Betrachtung der obligaten Leistungen und 3,9 unter Einbeziehung der fakultativen Leistungen. Die Bewertung nach GOÄ ist demnach mehr als 3-mal höher als die nach EBM.

4.3 Musterpatienten

4.3.1 Für alle Musterpatienten getroffene Annahmen

Für die Bewertung der Leistungen der Musterpatienten gelten folgende Annahmen:

- Die mengenbeschränkenden Volumina nach EBM sind von den beispielhaft abrechnenden Ärzten nicht ausgeschöpft. Dementsprechend können die ärztlichen Leistungen zu vollen Preisen des EBM abgerechnet werden.
- Alle Leistungen pro Musterpatient finden innerhalb eines Behandlungsfalls nach GOÄ und damit zwingend innerhalb eines Behandlungsfalls nach EBM statt. Erfolgt eine Behandlung über einen längeren Zeitraum ist dies explizit in der Beschreibung des Musterpatienten festgehalten
- Die Abrechnung nach GOÄ erfolgt mindestens mit den zum Schwellenwert gesteigerten Gebühren. Abweichungen hiervon werden ebenfalls explizit erwähnt und erläutert.
- Analog zum Vorgehen bei den Teilergebnstabellen wurden die zum Endpreis gerundeten Preise verwendet.
- Eventuelle Gespräche zur Anamnese dauern mindestens 10 Minuten.
- Die behandelnden Ärzte haben für alle qualitätsgesicherten Leistungen eine Abrechnungsgenehmigung der KV.
- Sachkosten für Materialien werden weder nach EBM noch nach GOÄ mitberücksichtigt

Die Bewertung der Kosten der Musterpatienten findet in Tabellenform statt. Dabei befindet sich in der ersten Spalte jeweils die Leistung, wie sie im beauftragten und mit der KOMV abgestimmten Musterpatiententext genannt wurde. Grün hinterlegt sind dann die entsprechenden GOP laut EBM nebst Bewertung zu finden und blau hinterlegt sind die Bewertungen der LP nach GOÄ.

4.3.2 Musterpatient 1

Patient: Patient 50 Jahre ohne wesentlichen Vorerkrankungen kommt mit Oberbauchbeschwerden in den Hausarztpraxis.

Anamnese, Untersuchung, Sonographie aller Oberbauchorgane. Laborwerte (Entzündungswerte, LDH, GPT, yGT, Lipase, Bili). Stuhlregulierende Maßnahmen. Wiedervorstellung zur Kontrolle. Besserung, aber lokal immer noch Beschwerden mittlerer Oberbauch – erneute Sonographie Leber, Gallenblase, Pankreas. Unklare Raumforderung im Pankreas. – Überweisung mit V.a. Pankreaskarzinom.

Abbildung 7: Beschreibung Musterpatient 1

Quelle: BMG, in Abstimmung mit der KOMV

Für die Bewertung dieses Musterpatienten sind zusätzlich zu den unter 4.3.1 aufgelisteten Annahmen, folgende weitere getroffen worden:

- Die Laborwerte wurden nicht im eigenen Praxislabor durchgeführt, sondern durch ein externes Labor erbracht.

Erstvorstellung	Titel und GOP-Ziffer nach EBM und Betrag in Euro		GOÄ Ziffer(n)	Steigerungsfaktor Ä=2,3;T=1,8;L=1,15	Titel der GOÄ Ziffer	Betrag GOÄ in €
Anamnese	03230	Gespräch 9,74	1	(3,5) Zeit-aufwändige Beratung > 10 Minuten	Beratung	16,32
Untersuchung	03003	Versicherten-pauschale (inkl. Anamnese) 13,20	7	Ä	Die vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystems	21,45
Sonographie aller Oberbauchorgane	33042	Sonographische Untersuchung des Abdomens oder dessen Organe 16,99	410	Ä	Ultraschalluntersuchung eines Organs (Leber)	26,81
			420 x3	(3,5) Erhöhter Zeitaufwand, Ultraschall von > 4 Organen	Ultraschalluntersuchung von bis zu 3 weiteren Organen	48,96
Laborwerte	Blutentnahme in 03003 enthalten 0,00		250	T	Blutentnahme	4,20
Entzündungswerte	32460	CRP 4,90	3741	L	CRP	13,41
	32042	BKS, BSG 0,25	3501	L	BKS, BSG	4,02
LDH	32075	LDH 0,25	3597	L	LDH	2,68
GPT	32070	GPT 0,25	3595	L	GPT	2,68
yGT	32071	yGT 0,25	3592	L	yGT	2,68
Lipase	32073	Lipase 0,40	3598	L	Lipase	3,35
Bilirubin	32058	Billirubin 0,25	3581	L	Bilirubin	2,68
Stuhlregulierende Maßnahmen	In 03230 enthalten 0,00		In Beratung nach GOÄ Nr. 1 enthalten			0,00
Summe Kosten erster Besuch	46,48					149,24

Zweitbesuch	Titel und GOP-Ziffer nach EBM und Betrag in Euro		GOÄ Ziffer(n)	Steigerungsfaktor Ä=2,3;T=1,8;L=1,1 5	Titel der GOÄ Ziffer	Betrag GOÄ in €	
Kontrolluntersuchung	In 03003 enthalten	0,00	1 Beratung nicht Berechnungsfähig –			0,00	
			1 nur 1x im Behandlungsfall neben Sonderleistungen	5	Ä	Symptombezogene Untersuchung	10,72
Sonographie Leber, Gallenblase, Pankreas	33042	Sonographische Untersuchung des Abdomens oder dessen Organe	16,99	410	Ä	Ultraschalluntersuchung eines Organs (Leber)	26,81
				420 x2	Ä	Ultraschalluntersuchung von bis zu 3 weiteren Organen	21,45
Überweisung	In 03003 enthalten	0,00			Nicht in GOÄ abbildbar	0,00	
Summe Kosten zweiter Besuch		<u>16,99</u>				<u>58,99</u>	
Summe insgesamt		<u>63,47</u>				<u>208,23</u>	

Tabelle 15: Bewertung Musterpatient 1 nach EBM und GOÄ

4.3.3 Musterpatient 2

<p>Patient: Multimorbide, 75 Jahre mit chronischer Niereninsuffizienz G4 bei Hochdruck und Diabetes in der Vorgeschichte, COPD, Epileptikerin, die mit akuter Verschlechterung des Allgemeinzustandes kommt bei wässrigen Diarrhoen.</p> <p>Anamnese und Untersuchung – leichte Exsikkose, Blutdruck niedrig. Infusion von 1l Ringerlaktat bei Vorstellung, Reduktion der Blutdruckmedikation. Laborwerte:</p> <p>Kreatinin, Harnstoff, Natrium, Kalium, Calcium und Phosphat, Glucose, GPT, LDH und γ-GT, CRP und Blutbild. Verschlechterung der Nierenfunktion jetzt Stadium 5, Kaliumanstieg (möglicherweise aber dem längeren Liegen der Probe in der Praxis zuzuordnen) mit 6,1 mmol/l noch nicht im gefährlichen Bereich</p> <p>Jetzt gibt es zwei Wege</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stationäre Aufnahme – Stuhldiagnostik und Flüssigkeitssubstitution, Kontrolle der Nierenwerte und der Elektrolyte, Spiegel der Antiepileptika, des EKGs bei Normalisierung Entlassung 2. EKG beim Hausarzt eventuell auch Spiegel der Antiepileptika (normal). Am nächsten Tag weitere Infusion mit 1l Ringerlactat und Stuhlproben. Am übernächsten Tag Kontrolle der Nierenwerte und des Kaliums - idem. Bei Besserung der Durchfälle und des Allgemeinbefindens Kontrolle der Werte in 3-5 Tagen. Normalisierung.

Abbildung 8: Beschreibung Musterpatient 2

Quelle: BMG, in Abstimmung mit der KOMV

Für die Bewertung dieses Musterpatienten sind zusätzlich zu den unter 4.3.1 aufgelisteten Annahmen folgende weitere getroffen worden:

- Der Patient ging zur Untersuchung zum Hausarzt. Die Kosten der anderen Leistungserbringer wurden in grauer Schrift aufgelistet. Für die Bewertung der Musterpatienten wurde als Gesamtsumme jedoch alle Kosten inkludiert.
- Die Laborwerte wurden nicht im eigenen Praxislabor durchgeführt, sondern durch ein externes Labor erbracht.
- Als Nierenwerte wurden die Kreatinin-, Harnstoff- und Phosphatwerte (und Kalium) kontrolliert.

- Es wird ein großes Blutbild gemacht.
- Die Kosten für die Stuhl Diagnostik rechnet nicht der Hausarzt ab, sondern das externe Labor, das die Diagnostik durchführt. Nach EBM wird hierfür GOP 32707 aus dem Kapitel Speziallabor des EBM genutzt. Nach GOÄ können die LP 4590 und 4648 aus dem Abschnitt M IV Speziallabor angesetzt werden.
- Der Hausarzt ist nach EBM auch nicht zur Abrechnung der EKG Leistung befähigt.
- Für die Bewertung wurde sich für den Weg 2 entschieden, da eine Bewertung der stationären Behandlung nicht Gegenstand des vorliegenden Gutachtens war.

Erstvorstellung	Titel und GOP-Ziffer nach EBM und Betrag in Euro		GOÄ Ziffer(n)	Steigerungsfaktor Ä=2,3;T=1,8;L=1,1	Titel der GOÄ Ziffer	Betrag GOÄ in €
Anamnese	03230	Gespräch 9,74	1	(3,5) Zeitaufwändige Beratung > 10 Minuten	Beratung	16,32
Untersuchung	03005	Versicherungspauschale ab 76.LJ 22,84	7	Ä	Die vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystems	21,45
Chronikerzuschlag	03220	Zuschlag zur Versicherungspauschale 14,07				
Infusion	In 03005 enthalten	0,00	272	Ä	Infusion > 30 Minuten Dauer	24,13
Laborwerte	Blutentnahme In 03005 enthalten	0,00	250	T	Blutentnahme	4,20
Kreatinin	32066	Kreatinin 0,25	3585	L	Kreatinin	2,68
Harnstoff	32065	Harnstoff 0,25	3584	L	Harnstoff	2,68
Natrium	32083	Natrium 0,25	3558	L	Natrium	2,01
Kalium	32081	Kalium 0,25	3557	L	Kalium	2,01
Calcium	32082	Calcium 0,25	3555	L	Calcium	2,68
Phosphat	32197	Phosphat 10,00	3580	L	Anorganisches Phosphat	2,68
Glucose	32025	Glukose 1,60	3560	L	Glucose	2,68
GPT	32070	GPT 0,25	3595	L	GPT	2,68
LDH	32075	LDH 0,25	3597	L	LDH	2,68
γ-GT	32071	γ-GT 0,25	3592	L	γ-GT	2,68
CRP	32460	CRP 4,90	3741	L	CRP	13,41
Blutbild	32122	Blutbild 1,10	3550	L	Blutbild und Blutbestandteile	4,02
	32123	Zuschlag 0,40	3551	L	Differenzierung der Leukozyten	1,34
EKG	27320	Elektrokardiographische Untersuchung 8,66	651	T	EKG in Ruhe	26,54
Spiegel der Antiepileptika	32342	Antiepileptika 8,60	4200	L	Untersuchung Antiepileptika	24,13
Summe Kosten Erstbesuch		69,84				161,00

Nächster Tag	Titel und GOP-Ziffer nach EBM und Betrag in Euro		GOÄ Ziffer(n)	Steigerungsfaktor Ä=2,3;T=1,8;L=1,15	Titel der GOÄ Ziffer	Betrag GOÄ in €
Weitere Infusion am nächsten Tag	In 03005 enthalten	0,00	272	Ä	Infusion > 30 Minuten Dauer	24,13
Stuhlproben	32707 Ähnliche Untersuchungen unter Angabe des Antigens	11,90	4590	L	Clostridium difficile, tetani oder botulinum Untersuchung mit ähnlichem Mehraufwand	16,76
			4648	L		16,76
Summe Kosten zweiter Besuch		11,90				57,65
Übernächster Tag	Titel und GOP-Ziffer nach EBM und Betrag in Euro		GOÄ Ziffer(n)	Steigerungsfaktor Ä=2,3;T=1,8;L=1,15	Titel der GOÄ Ziffer	Betrag GOÄ in €
Blutentnahme	In Versichertenpauschale enthalten		250	T	Blutentnahme	4,20
Nierenwerte	32197 Phosphat	10,00	3580	L	Anorgan. Phosphat	2,68
Kreatinin	32066 Kreatinin	0,25	3585	L	Kreatinin	2,68
Harnstoff	32065 Harnstoff	0,25	3584	L	Harnstoff	2,68
Kalium	32081 Kalium	0,25	3557	L	Kalium	2,01
Summe Kosten dritter Besuch		10,75				14,25
Nach 3-5 Tagen	Titel und GOP-Ziffer nach EBM und Betrag in Euro		GOÄ Ziffer(n)	Steigerungsfaktor Ä=2,3;T=1,8;L=1,15	Titel der GOÄ Ziffer	Betrag GOÄ in €
Nierenwerte	Blutentnahme in 03005 enthalten		250	T	Blutentnahme	4,20
	32197 Phosphat	10,00	3580	L	Anorgan. Phosphat	2,68
	32066 Kreatinin	0,25	3585	L	Kreatinin	2,68
	32065 Harnstoff	0,25	3584	L	Harnstoff	2,68
Kalium	32081 Kalium	0,25	3557	L	Kalium	2,01
Summe Kosten vierter Besuch		10,75				14,25
Summe insgesamt		103,24				247,15

Tabelle 16: Bewertung Musterpatient 2 nach EBM und GOÄ

4.3.4 Musterpatient 3

Patient: Radiusfraktur loco typico – unkompliziert ohne Komplikationen

Sturz mit Abfangen – Schmerzen Unterarm:

Anamnese, Untersuchung Röntgen in 2 Ebenen. Gipsschiene

Erneute Vorstellung nach 4,7, 11 Tagen jeweils Anamnese und Untersuchung und Röntgen in 2 Ebenen.

6 Wochen später das gleiche und Abnahme der Gipsschiene

Abbildung 9: Beschreibung Musterpatient 3

Quelle: BMG, in Abstimmung mit der KOMV

Für die Bewertung dieses Musterpatienten sind zusätzlich zu den unter 4.3.1 aufgelisteten Annahmen, folgende weitere getroffen worden:

- Alle Vorstellungen geschehen beim Chirurgen.
- Der Gips wurde nach sechs Wochen abgenommen. Die Röntgenaufnahmen geschahen mit Gipsschiene.
- Der Patient befindet sich zwischen dem 6. und dem 59. Lebensjahr.
- In der heutigen Zeit werden Röntgenaufnahmen fast nur digital vorgenommen, daher sollte die LP 5298 nach GOÄ (Zuschlag für digitales Röntgen) inkludiert werden. Nach EBM gibt es keinen äquivalenten Zuschlag.

Erstvorstellung	Titel und GOP-Ziffer nach EBM und Betrag in Euro		GOÄ Ziffer(n)	Steigerungsfaktor Ä=2,3;T=1,8;L=1,15	Titel der GOÄ Ziffer	Betrag GOÄ in €
Anamnese	07211	Grundpau- schale 6.-59.LJ 23,92	1	3,5, da Beratung > 10 Minuten	Beratung	16,32
Untersuchung	In 07211 enthalten	0,00	5	Ä	Symptombezo- gene Untersu- chung	10,72
Röntgen in 2 Ebenen	34233	Röntgen- aufnahmen der Extre- mitäten 11,47	5030	T	Unterarm-Rönt- gen in 2 Ebenen	37,77
			5298	Z	Zuschlag für digit. Röntgen	5,25
Gipsschiene	02350	11,47	228	Ä	Gipsschienenver- band	25,47
Summe Kosten erster Besuch		<u>46,86</u>				<u>95,53</u>
Nach 4 Tagen	Titel und GOP-Ziffer nach EBM und Betrag in Euro		GOÄ Ziffer(n)	Steigerungsfaktor Ä=2,3;T=1,8;L=1,15	Titel der GOÄ Ziffer	Betrag GOÄ in €
Beratung und Untersuchung	In 07211 enthalten	0,00	Nicht berechnungsfähig, da 1 und 5 nur einmal neben Sonderleistungen im Behandlungsfall berechnungsfähig			0,00
Röntgen in 2 Ebenen	34233	Röntgen- aufnahmen der Extre- mitäten 11,47	5030	T	Unterarm-Rönt- gen in 2 Ebenen	37,77
			5298	Z	Zuschlag für digit. Röntgen	5,25
Summe Kosten zweiter Besuch		<u>11,47</u>				<u>43,02</u>

Nach 7 Tagen	Titel und GOP-Ziffer nach EBM und Betrag in Euro		GOÄ Ziffer(n)	Steigerungsfaktor Ä=2,3;T=1,8;L=1,15	Titel der GOÄ Ziffer	Betrag GOÄ in €	
Beratung und Untersuchung	In 07211 enthalten	0,00	Nicht berechnungsfähig, da 1 und 5 nur einmal neben Sonderleistungen im Behandlungsfall berechnungsfähig			0,00	
Röntgen in 2 Ebenen	34233	Röntgenaufnahmen der Extremitäten	11,47	5030	T	Unterarm-Röntgen in 2 Ebenen	37,77
				5298	Z	Zuschlag für digit. Röntgen	5,25
Summe Kosten dritter Besuch		<u>11,47</u>				<u>43,02</u>	
Nach 11 Tagen	Titel und GOP-Ziffer nach EBM und Betrag in Euro		GOÄ Ziffer(n)	Steigerungsfaktor Ä=2,3;T=1,8;L=1,15	Titel der GOÄ Ziffer	Betrag GOÄ in €	
Beratung und Untersuchung	In 07211 enthalten	0,00	Nicht berechnungsfähig da 1 und 5 nur einmal neben Sonderleistungen im Behandlungsfall berechnungsfähig			0,00	
Röntgen in 2 Ebenen	34233	Röntgenaufnahmen der Extremitäten	11,47	5030	T	Unterarm-Röntgen in 2 Ebenen	37,77
				5298	Z	Zuschlag für digit. Röntgen	5,245
Summe Kosten vierter Besuch		<u>11,47</u>				<u>43,02</u>	
Nach 6 Wochen	Titel und GOP-Ziffer nach EBM und Betrag in Euro		GOÄ Ziffer(n)	Steigerungsfaktor Ä=2,3;T=1,8;L=1,15	Titel der GOÄ Ziffer	Betrag GOÄ in €	
Beratung und Untersuchung	In 07211 enthalten	0,00	1	3,5, da Beratung >10 Minuten	Beratung – Vorstellung nach 6 Wochen symptombezogene Untersuchung – Vorstellung nach 6 Wochen	16,32	
			5	Ä		10,72	
Röntgen in 2 Ebenen	34233	Röntgenaufnahmen der Extremitäten	11,47	5030	T	Unterarm-Röntgen in 2 Ebenen	37,77
				5298	Z	Zuschlag für digit. Röntgen	5,25
Abnahme Gips-schiene	Keine Ziffer im EBM vorhanden		Die Abnahme ist nicht berechnungsfähig			0,00	
Summe Kosten fünfter Besuch		<u>11,47</u>				<u>70,06</u>	
Summe insgesamt		<u>92,74</u>				<u>294,65</u>	

Tabelle 17: Bewertung Musterpatient 3 nach EBM und GOÄ

4.3.5 Musterpatient 4

Patient: 50 J, keine wesentlichen Vorerkrankungen

Diagnose: Karpaltunnelsyndrom (Vorstellung beim Handchirurgen und OP-Aufklärungsgespräch) – Voruntersuchungen hat der Neurologe gemacht, hier nicht weiter relevant

OP (offen chirurgisch): Spaltung des Retinaculum flexorum

oder

Op (Variante endoskopisch): Spaltung des Carpaldaches

Anästhesie (bei beiden Varianten): Anästhesie des plexus axillaris (mit Vorstellung beim Anästhesisten

Anamnese und Untersuchung und Aufklärungsgespräch)

Wundkontrolle / Verbandswechsel durch Chirurgen 1 mal

Entfernung der Fäden nach ca. 14 Tagen

Abbildung 10: Beschreibung Musterpatient 4

Quelle: BMG, in Abstimmung mit der KOMV

Für die Bewertung dieses Musterpatienten sind zusätzlich zu den unter 4.3.1 aufgelisteten Annahmen folgende weitere getroffen worden:

- Es wurde die Variante 1 (offen chirurgisch) abgebildet. (Variante 2 ergab jedoch dasselbe Bild der Abrechnung.)³
- Es handelt sich um eine ambulante Operation beim Handchirurgen, extrabudgetär, besondere Verträge liegen vor. Die Anästhesieleistungen sind grau geschrieben.

³ Zur Bewertung wurde sich auf folgende Quellen bezogen: (vgl. PKV-VERBAND DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG (HRSG.), 2016, S. 6f.; IWW INSTITUT FÜR WISSEN IN DER WIRTSCHAFT (HRSG.), 2007, S. 17).

Erstvorstellung	Titel und GOP-Ziffer nach EBM und Betrag in Euro		GOÄ Ziffer(n)	Steigerungsfaktor Ä=2,3;T=1,8;L=1,15	Titel der GOÄ Ziffer	Betrag GOÄ in €
Vorstellung beim Handchirurgen und OP-Aufklärungsgespräch	07211	Grundpauschale 23,92	3	Ä	Eingehende Beratung (Handchirurg)	20,11
			5	Ä	Symptombezogene Untersuchung	10,72
Vorstellung Anästhesist und OP-Aufklärungsgespräch	05211	Grundpauschale 10,28	3	Ä	Eingehende Beratung (Anästhesist)	20,11
Präanästhesiologische Untersuchung	05310	Präanästhesiologische Untersuchung 19,37	7	Ä	Die vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystems (Anästhesist)	21,45
Anästhesie des plexus axillaris	05330	Plexusanästhesie 90,91	476	Ä	Plexusanästhesie, bis zu einer Stunde Dauer	50,94
			446	Z	Zuschlag zu amb. Anästhesie	17,49
			410	Ä	Ultraschall: Plexus brachialis	26,81
Spaltung des Retinaculum flexorum	31121	Eingriff der Kategorie C1 103,14	2070 ¹	Ä	Operation des Karpal- oder Tarso-tunnelsyndroms mit Nerven-dekompression	222,54
			445	Z	amb. OP-Zuschlag zu 2072	128,23
			440	Z	Zuschlag Operationsmikroskop	23,31
Nach OP	Titel und GOP-Ziffer nach EBM und Betrag in Euro		GOÄ Ziffer(n)	Steigerungsfaktor Ä=2,3;T=1,8;L=1,15	Titel der GOÄ Ziffer	Betrag GOÄ in €
Wundkontrolle	In 31121 enthalten	1. Postop. Arzt-Patienten-Kontakt	1	Ä	Beratung (postop.)	10,72
	31502	Postoperative Überwachen 27,92	5	Ä	Symptombezogene Untersuchung (postop.)	10,72
Verbandswechsel	31615	Postoperative Behandlung Chirurgie 11,26	200	Ä	Verband	6,03
Summe Kosten erster Besuch		<u>286,80</u>				<u>569,18</u>
Nach 14 Tagen	Titel und GOP-Ziffer nach EBM und Betrag in Euro		GOÄ Ziffer(n)	Steigerungsfaktor Ä=2,3;T=1,8;L=1,15	Titel der GOÄ Ziffer	Betrag GOÄ in €
Entfernung Fäden	In 31615 enthalten	0,00	5	Ä	Symptombezogene Untersuchung (postop.)	0,00
			1	Ä	Beratung (postop.)	0,00
			2007	Ä	Fädenentfernung	5,36
Summe Kosten zweiter Besuch		<u>0,00</u>				<u>5,36</u>
Summe insgesamt		<u>286,80</u>				<u>574,54</u>

Tabelle 18: Bewertung Musterpatient 4, offen chirurgisch nach EBM und GOÄ

4.3.6 Musterpatient 5

Patient: mit grauem Star (Katarakt), 70 J., keine weiteren Erkrankungen (Vorstellung beim Augenarzt mit Untersuchung und OP-Aufklärungsgespräch)

OP: Katarakt-OP mit Implantation einer Kunstlinse

Anästhesie: Örtlich durch den Augenarzt per Injektion (nicht per Augentropfen)

Kontrolle am 1. Postop. Tag

Abbildung 11: Beschreibung Musterpatient 5

Quelle: BMG, in Abstimmung mit der KOMV

Für die Bewertung dieses Musterpatienten sind zusätzlich zu den unter 4.3.1 aufgelisteten Annahmen, folgende weitere getroffen worden:

- Es handelt sich um eine ambulante Operation beim Augenarzt.

Erstvorstellung	Titel und GOP-Ziffer nach EBM und Betrag in Euro		GOÄ Ziffer(n)	Steigerungsfaktor Ä=2,3;T=1,8;L=1,15	Titel der GOÄ Ziffer	Betrag GOÄ in €
Untersuchung Augenarzt und OP-Aufklärung	06212	Grundpauschale 16,23	3	Ä	Eingehende Beratung (Augenarzt)	20,11
			6	Ä	Die vollständige körperliche Untersuchung aller Augenabschnitte	13,41
Anästhesie: Örtlich durch den Augenarzt per Injektion	In 06212 enthalten 0,00		491	Ä	Infiltrationsanästhesie	16,22
Katarakt-OP mit Implantation einer Kunstlinse	31351	Intraocularer Eingriff der Kategorie X2 439,18	1375	Ä	Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars	469,21
			445	Z	Zuschlag amb. OP	128,23
			440	Z	Zuschlag für Operationsmikroskop	23,31
Summe Kosten Erstbesuch	<u>455,41</u>					<u>670,49</u>
Nächster Tag	Titel und GOP-Ziffer nach EBM und Betrag in Euro		GOÄ Ziffer(n)	Steigerungsfaktor Ä=2,3;T=1,8;L=1,15	Titel der GOÄ Ziffer	Betrag GOÄ in €
Kontrolle Postoperativ	31503	Postoperative Überwachung 55,52	1	Ä	Beratung (postop.)	10,72
			5	Ä	Symptombezogene Untersuchung (postop.)	10,72
Summe Kosten Zweitbesuch	<u>55,52</u>					<u>21,44</u>
Summe gesamt	<u>510,93</u>					<u>691,93</u>

Tabelle 19: Bewertung Musterpatient 5 nach EBM und GOÄ

5 Schlussfolgerungen

5.1 Diskussion der Ergebnisse

Dieses Gutachten reiht sich in den bestehenden Forschungsstand zum Vergleich der vertrags- und privatärztlichen Honorierung als aktuelle Arbeit eines Vergütungsvergleichs zwischen EBM und GOÄ ein. Das Vorgehen beruht auf einem detaillierten Vergleich einzelner, ausgewählter Positionen anhand erarbeiteter Leitfragen. Da eine Betrachtung des gesamten EBM unter den gegebenen Bedingungen nicht möglich gewesen wäre, wurde die Auswahl der grundsätzlich fünf finanziell bedeutendsten GOP des Jahres 2017 von 10 Arztgruppen herangezogen. Diese wurde, ebenso wie die Musterpatienten, vom BMG bereitgestellt und mit der KOMV abgestimmt. Die Auswahl der GOP führte dazu, dass für 9 der 10 Facharztgruppen eine Bewertung der Grundpauschalen (Versicherten- oder Konsiliarpauschalen) mittels GOÄ durchgeführt wurde. Während die Vergütung der obligaten Leistungen dieser GOP teilweise relativ gleichwertig ausfiel, zeigte sich bei der Bewertung der fakultativen Leistungen mitunter große Differenzen zwischen den Vergütungen nach EBM und GOÄ. Die Einzelleistungssystematik der GOÄ führte hierbei zu höheren Vergütungen. Im Folgenden werden dieser und weitere Aspekte diskutiert und in einen Zusammenhang gebracht.

Vergütungsunterschiede bei der Einzelbewertung

Tabelle 20 fasst die im vorliegenden Gutachten ermittelten Ergebnisse in Form von gewichteten mittleren Relationen zusammen.

	Relation GOÄ/ EBM Grund- pauschale ¹ ge- samt obligat	Relation GOÄ/ EBM Grund- pauschale ¹ ob- ligat und fakul- tativ	Relation GOÄ/ EBM Arzt- gruppe ² obligat	Relation GOÄ/ EBM Arzt- gruppe ² obligat und fakultativ	EBM-Honora- rumsatzanteil (Anzahl inklu- dierte GOP)
Augen- heilkunde	1,4	13,5	1,8	6,9	50,4% (5 GOP)
Chirurgie	0,9	1,9	1,1	2,0	38,2% (4 GOP)
Gynäkologie	1,4	19,3	1,6	8,3	60,3% (5 GOP)
Hausärzte	3,0	4,4	2,4	4,1	43,1% (4 GOP)
Innere Kardiologie	0,9	2,1	3,2	5,2	74,2% (5 GOP)
Innere Nephrologie	0,8	1,8	2,8	3,1	10,8% (2 GOP) ⁴
Kinder-/ Jugendmedizin	2,6	3,9	2,5	3,7	39,6% (4 GOP)
Orthopädie	2,3	3,6	2,5	3,7	52,8% (4 GOP)
Psychotherapie			1,3	1,4	37,8% (5 GOP)
Radiologie	4,2	4,2	3,4	3,9	31,3% (5 GOP)
	1,9		2,3		

¹ Grundpauschale, resp. Versichertenpauschale (Hausärzte und Kinder- und Jugendmedizin) und Konsiliarpauschale (Radiologie). Ohne Berücksichtigung von Zuschlägen (z.B. 06225 bei der Augenheilkunde).

² Die Betrachtung der Arztgruppe schließt alle GOP ein, die auch nach GOÄ abbildbar waren.

³ Anteil, den die in ² betrachteten GOP am EBM-Honorarumsatz der jeweiligen Arztgruppe ausmachen (Datengrundlage: 2017).

Tabelle 20: Zusammenfassung der Ergebnisse der Einzelbewertungen

Die Vergütung der ärztlichen Leistungen nach GOÄ war im gewichteten mittleren Verhältnis um das 4,7-fache höher als die Vergütung für entsprechende Leistungen nach EBM. Werden die nach EBM fakultativen Leistungen aus der Betrachtung ausgeschlossen, lag die Vergütung nach GOÄ für die verbleibenden ärztlichen (obligaten) Leistungen um das 2,3-fache höher. Dieser Wert befindet sich in etwa im Bereich der Ergebnisse der in **Kapitel 3** erwähnten Studien.

Bezogen auf die einzelnen Facharztgruppen zeigten sich teils deutliche Unterschiede zum Verhältnis der Vergütungen nach EBM und GOÄ. So war in der Chirurgie die Bewertung der obligaten Leistungen nach GOÄ um das 1,1-fache höher, wohingegen die obligaten Leistungen der Radiologie nach GOÄ um das 3,4-fache höher vergütet wurden. Werden die fakultativen Leistungen in die Berechnung der gewichteten mittleren Relationen eingeschlossen, so reichte die Spanne von 1,4 in der Psychotherapie bis zu 8,3 in der Gynäkologie. Zusätzlich unterschieden sich die Differenzen auf der Ebene der einzelnen Positionen teilweise deutlich, sodass keine stabile Aussage zu einem allgemein gültigen Vergütungsunterschied zwischen EBM und GOÄ getroffen werden kann. Hierin lag jedoch auch nicht die Zielstellung für das vorliegende Gutachten. Auf Detailebene sind einzelne ärztliche Leistungen identifiziert worden, die unter den in diesem Gutachten getroffenen Annahmen nach EBM höher vergütet werden. Ein Beispiel hierfür sind die obligaten Leistungen der Grundpauschalen für Patienten ab 5 Jahren der Facharztgruppen Chirurgie, Kardiologie und Nephrologie. Ein weiteres Beispiel ist die Leistung „postoperative Überwachung“ (GOP 31503) der Arztgruppe Chirurgie, die nach EBM mit 55,52€ vergütet wird. Für die entsprechenden obligaten Leistungen erhält ein Arzt nach GOÄ 37,40€. Dieses Verhältnis ändert sich jedoch bei diesen GOP, sobald zusätzlich fakultative Leistungen des EBM bei der GOÄ-Vergütung berücksichtigt werden. Die Gründe hierfür sind vorrangig die umfangreichen fakultativen Leistungsinhalte der Pauschalen und Leistungskomplexe. Durch die Systematik der Einzelleistungsvergütung kann nahezu jeder nach EBM fakultativen Leistung eine äquivalente Ziffer nach GOÄ zugeordnet werden. Dementsprechend hoch lagen die gewichteten mittleren Relationen der Grund- bzw. Versicherten- oder Konsiliarpauschalen. Die höchste Relation zwischen GOÄ und EBM wurde mit 19,3 bei den Grundpauschalen der Gynäkologie identifiziert. Dies kann ebenfalls durch die Vielzahl der Einzelleistungen, die nach GOÄ bewertet werden können, erklärt werden.

Vergütungsunterschiede bei den Musterpatienten

Die Relationen GOÄ/EBM der Musterpatienten bewegten sich in etwa in der Größenordnung der gewichteten mittleren Relation der obligaten Leistungen der betrachteten einzelnen GOP. Die nachfolgende Tabelle fasst die Relationen zwischen der Bewertung der Musterpatienten nach GOÄ und EBM zusammen.

	Musterpatient 1	Musterpatient 2	Musterpatient 3	Musterpatient 4	Musterpatient 5
Relation GOÄ/EBM	3,3	2,4	3,2	2,0	1,4

Tabelle 21: Zusammenfassung der Ergebnisse der Musterpatientenbewertung

Die Bewertung der Behandlung von Musterpatient 1 war im Rahmen der privatärztlichen Versorgung um das 3,3-fache höher als die Bewertung einer äquivalenten Behandlung innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung. Dies war der höchste ermittelte Unterschied bei den Musterpatienten. Die niedrigste Relation ergab sich bei Musterpatient 5 und betrug 1,4. Dies bedeutet, dass die der Behandlung entsprechende Abrechnung nach GOÄ um das 1,4-fache höher war, als die Abrechnung nach EBM.

Die Vergütungsunterschiede der Musterpatienten ergaben sich durch die unterschiedlichen Bewertungen der Leistungen, die nach GOÄ vorrangig durch den Schwellenwert beeinflusst werden. Dieser Zusammenhang wird im Folgenden dargestellt. Die unterschiedlichen Zeitbezüge der Definitionen der Behandlungsfälle führten ausschließlich bei Musterpatient 3 zu Unterschieden, da die Endkontrolle 6 Wochen nach der Erstvorstellung erfolgte und somit nach GOÄ ein weiterer Behandlungsfall erzeugt wurde. Bei den anderen Musterpatienten führten die Ausschlüsse der LP 1 und 5 dazu, dass diese Ziffern nur einmalig im gesamten Fall für den Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnet werden konnten. Dies entspricht in diesen Beispielen der Abrechnung der Grundpauschalen nach EBM, da diese pro Patient nur einmal im Kalendervierteljahr abgerechnet werden können. Diese Restriktionen der Abrechnung wurden in beiden Honorarordnungen sichtbar. Hierbei ist festzuhalten, dass ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt nach GOÄ ebenfalls mit den Ziffern 1 und 5 abgerechnet werden kann. Somit war bei Musterpatient 4 und 5 eine zweifache Abrechnung der Ziffern 1 und 5 in einem Behandlungsfall möglich.

Die Summe der Gebühren nach GOÄ war pro Besuch immer höher als die Summe der Beträge der äquivalenten GOP nach EBM, wobei alle beispielhaften Leistungen zu einer GOP bzw. LP zugeordnet werden konnten. Neben der monetären Bewertung und der Steigerungsfaktoren war die Möglichkeit zur Abrechnung von Zuschlägen für die aufgezeigten Unterschiede verantwortlich. Bei Musterpatient 5 wurde die Katarakt-OP nach EBM mit 439,18€ und nach GOÄ mit 469,31€ bewertet. Nach GOÄ konnten für die entsprechende LP 1375 Zuschläge abgerechnet werden, die die Bewertung der OP auf insgesamt 620,75€ erhöhten. Da sich die Höhe der Zuschläge an der Höhe der LP orientiert, für welche die Zuschläge abgerechnet werden können, ist die Bewertung der eigentlichen Leistung ausschlaggebend.

Zusammenfassend lassen sich die Unterschiede der Vergütungen der Musterpatienten auf die unterschiedlichen monetären Bewertungen der einzelnen Leistungen sowie die Verwendung der Steigerungssätze nach GOÄ erklären.

Relevante Unterschiede der Vergütungssysteme

Trotz aller Annahmen und Herausforderung bei der vorgenommenen Übertragung ist zu konstatieren, dass die Vergütungssysteme auch mit ihren unterschiedlichen Systematiken (Abschnitt 2.1 und 2.2) für einen Vergleich auf der Ebene einzelner Abrechnungspositionen geeignet sind, der die Vergütungsunterschiede aufzeigen kann. Erklären lassen sich diese unterschiedlichen Vergütungen teilweise aus den voneinander abweichenden Zielstellungen des EBM und der GOÄ. Das vorrangige Ziel der Mengensteuerung in der vertragsärztlichen Versorgung wird durch die komplexen Regelungen des EBM in Verbindung mit einer starken Pauschalierung und der Bindung an das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V umgesetzt. Im Gegensatz hierzu soll die Einzelleistungsvergütung der GOÄ nicht zu einer Beschränkung der Menge führen. Die Begründung der medizinischen Notwendigkeit sowie die Höhe des Steigerungsfaktors der Gebühren, die die Komplexität der Behandlung abbilden sollen, obliegt hierbei dem Arzt.

Zusammenfassende Beantwortung der Leitfragen 5 und 6

Die Differenzen der Vergütung einzelner ärztlicher Leistungen nach EBM und GOÄ ([Leitfrage 5](#)) sind aus Tabelle 20 ersichtlich. Die Vergütung nach GOÄ war bei fast allen der betrachteten obligaten ärztlichen Leistungen höher. Der Vergleich fällt eindeutig aus, sofern die nach EBM fakultativen Leistungen mitbetrachtet werden. In diesem Fall war die Vergütung nach GOÄ immer höher als die Vergütung

nach EBM. Die Antwort hierfür und damit für **Leitfrage 6** sind die Unterschiede in den Vergütungssystematiken der Honorarordnungen, wobei insbesondere die zusammengefassten Leistungskomplexe und Pauschalen des EBM zu Vergütungsunterschieden führen.

Praxisrelevante Ergänzung: Zeitlicher Aspekt

Neben den grundsätzlichen Übertragungsaspekten ist im Weiteren die zeitliche Komponente bei der Erbringung der ärztlichen Tätigkeiten relevant für die Vergütungshöhe. Durch die Annahmen zu Herausforderung 3 wurde festgelegt, dass die erste Behandlung zu Beginn eines Quartals stattfindet.

Nach EBM kann ein Großteil der Leistungen einmal pro Behandlungsfall und damit einmal pro Kalendervierteljahr abgerechnet werden. Ein gleicher zeitlicher Abstand zwischen einzelnen ärztlichen Konsultationen eines Behandlungsfalls kann in Abhängigkeit des Zeitpunkts der ersten Konsultation zu nur einer Vergütung (Konsultationen innerhalb eines Quartals) oder zu (einer) weiteren Vergütung(en) (quartalsübergreifende Konsultationen) führen. Dies gilt insbesondere in Verbindung mit den Mengenbeschränkungen nach EBM in Form von Regelleistungs- oder Punktzahlvolumen. Werden Leistungen erbracht, obwohl das entsprechende Volumen des Arztes bereits erschöpft ist, wird diese Leistung grundsätzlich nur mit einem Abschlag des vollen Betrags nach EBM vergütet. Diese Volumina werden ebenfalls mit Bezug zu Kalendervierteljahren erstellt. Die Überschreitung der Volumina erfolgt nicht, wenn die betroffenen Leistungen im nächsten Quartal erbracht werden. Die Definition eines Behandlungsfalls nach GOÄ hat einen Bezug zum Datum der ersten Inanspruchnahme. Somit könnten Fälle konstruiert werden, die nach EBM zweimal und nach GOÄ einmal abgerechnet werden können. Aufzulösen wäre der zeitliche Aspekt nur über detaillierte Daten der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen, die für das Gutachten nicht herangezogen werden konnten. Aufgrund der ungenügenden Datenverfügbarkeit vor allem außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung lässt sich diese Herausforderung aktuell nicht lösen. Die im Gutachten getroffenen Annahmen zum Zeitpunkt der Arztbesuche und zu den Volumina umgehen dieses Problem.

5.2 Limitationen

Bei der Interpretation der Ergebnisse des vorliegenden Gutachtens sind bestimmte Limitationen zu berücksichtigen, die im Folgenden dargestellt sind.

Praxisrelevante Ergänzung: Gesamtbudget der Ärzte

Die Ergebnisse sollten nicht genutzt werden, um Auswirkungen auf das Gesamtbudget der Ärzte abzuleiten. Es könnten beliebige Beispiele konstruiert werden, nach welchen sich aufgrund der Unterschiede der Honorarordnungen entgegengesetzte Effekte für das Einkommen von Ärzten bzw. die Kosten des Gesundheitswesens ableiten ließen. Der vorgenommene Vergleich zwischen EBM und GOÄ setzt die Aufwände für die Erbringung der ärztlichen Leistung, unabhängig von der Art der Versicherung des Patienten, gleich und sollte somit nur als erster Hinweis verstanden werden. In der Realität könnte es sein, dass die Honorarordnung einen Einfluss auf die Behandlungsdauer oder -intensität hat. Darüber hinaus sollten für weitreichendere Aussagen die Anzahl der abgerechneten Positionen berücksichtigt werden, da niedrigere Beträge nach EBM durch eine häufigere Abrechnung in Summe ein höheres Budget ergeben können als wenige und dafür teurere Abrechnungen nach GOÄ.

Kombination mehrerer GOP und Kombination mehrerer LP

Die dargestellten Differenzen beziehen sich auf die Übersetzung einzelner GOP nach EBM in LP nach GOÄ. Dieses Vorgehen ermöglicht keine Berücksichtigung von eventuellen Kombinationen von ärztlichen Leistungen, die in unterschiedlichen GOP vorgesehen sind. Dementsprechend sollten die Ergebnisse

dieses Gutachtens nicht genutzt werden, um eine konkrete Behandlung zu konstruieren, da die Abrechnungsausschlüsse nach EBM und GOÄ berücksichtigt werden müssen. Eine einfache Addition der Zeilen der Ergebnistabellen würde unter Umständen zu falschen Ergebnissen führen. Dieser Zusammenhang erzeugt bei der alleinigen Betrachtung der übertragenen GOP eine gewisse Ferne zur Realität der Abrechnungspraxis. Es ist anzunehmen, dass bei einer medizinischen Indikation, die beispielsweise den gesamten Umfang der fakultativen Leistungen der Grundpauschalen erforderlich macht, weitere ärztliche Tätigkeiten zur Behandlung erforderlich sind, die mit weiteren GOP abgerechnet werden können. Aus diesem Grund wurden in Abschnitt 4.3 Musterpatienten als Mittel zur Verdeutlichung der Vergütungsunterschiede in der Behandlungspraxis ausgewählt. Weiterhin können im EBM Leistungen kombiniert werden, deren Äquivalente nach GOÄ nicht kombiniert werden können. Ein Beispiel hierfür sind die Zusatzpauschalen der Augenheilkunde, Chirurgie, Allgemeinmedizin und Orthopädie nach EBM die im Rahmen dieses Gutachtens in die GOÄ übertragen wurden. In den betroffenen Fachgruppen wurden diese Zusatzpauschalen, unter den getroffenen Annahmen, mit den LP 1 und 5 der GOÄ bewertet. Auf der Seite des EBM können die Zusatzpauschalen mit den Grundpauschalen zusammen einmal pro Behandlungsfall abgerechnet werden. Dies erhöht die Vergütung nach EBM. Auf Seite der GOÄ gibt es diese Kombinationsmöglichkeit nicht, da die LP 1 und 5 ebenfalls für die Übertragung der Grundpauschalen der jeweiligen Facharztgruppen genutzt wurden. Daher können die Grund- und Zusatzpauschalen nach EBM für einen Arzt-Patienten-Kontakt zusammen abgerechnet werden, die Äquivalente nach GOÄ jedoch nicht, da es nicht möglich ist, die Ziffern 1 und 5 bei demselben Arzt-Patienten-Kontakt mehr als einmal zu berechnen. Somit können diese LP nicht doppelt auf derselben Rechnung stehen. Dies wurde ebenfalls am Beispiel der Augenheilkunde beschrieben (**Kapitel 3.4.2**).

Insofern stellen die Bewertungen der Zuschläge nach EBM mittels GOÄ einen hypothetischen Wert dar, der für die Abrechnungspraxis nach GOÄ keine große Bedeutung aufweisen dürfte. Dies könnte insbesondere bei der Betrachtung der obligaten ärztlichen Leistungen zu einer gewissen Überschätzung der Differenzen der Abrechnungsbeträge geführt haben. Eine Ausnahme stellen hierbei die Zusatzpauschalen der Kardiologie dar, da bei diesen weitergehende, konkrete obligate und fakultative Leistungen im EBM spezifiziert sind, denen konkrete einzelne LP nach GOÄ zugeordnet werden können.

Minimalwertbetrachtung

Eine Unterschätzung der Differenzen könnte sich durch die Nutzung der Kombinationen von LP mit der geringsten Gesamtsumme ergeben haben. Zu jeder GOP wurde jeweils die Kombination von LP gewählt, die in der Summe am geringsten ist (Minimalwert). Folglich sind die Bewertungen nach GOÄ als Mindestpreise zu verstehen, die unter Verwendung anderer möglicher Kombinationen höher ausfallen können. Ein Beispiel hierfür ist die Ziffer 3 nach GOÄ. Diese LP steht für eine das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung und wird zum Schwellenwert mit 20,11€ vergütet. Die Ziffer 3 kann alternativ zur Ziffer 1 abgerechnet werden, welche zum Schwellenwert mit 10,72€ vergütet wird. Es wurden grundsätzlich weitere Kombinationen äquivalenter LP identifiziert, die in der Summe einen höheren Betrag aufweisen. Die Auswahl der Kombinationen bedingt konkrete Annahmen zur Behandlung, die im Rahmen des Gutachtens bei der Übertragung einzelner Leistungen nicht getroffen wurden. Somit wurde bei der Bewertung der GOP mittels GOÄ vom einfachsten und dementsprechend unter den getroffenen Annahmen günstigsten Fall ausgegangen. Dies könnte zu einer Unterschätzung der Vergütung nach GOÄ geführt haben. Des Weiteren könnten die im Gutachten standardmäßig mit dem Schwellenwert gesteigerten Gebühren in der Realität durch andere Steigerungssätze höher oder niedriger ausfallen. Niedrigere Steigerungssätze würden beispielsweise bei Versicherten mit Standard- oder Basistarif anzugeben sein. So wurden im Jahr

2017 16,8% der Leistungen mit Steigerungssätzen über und 4,9% mit Steigerungssätzen unterhalb des Schwellenwertes abgerechnet (siehe Kapitel 3.3).

Gewichtete mittlere Relation

Ferner ist zu beachten, dass sich die als gewichteten mittlere Relationen berechneten Unterschiede zwischen den beiden Honorarordnungen ausschließlich auf die jeweils in den Teilergebnistabellen abgebildeten Positionen (GOP) beziehen. Zwar wurden die Anteile am EBM-Honorarumsatz der jeweiligen Arztgruppe berücksichtigt, allerdings unterscheidet sich dieser Wert von 10,72% bei der Nephrologie bis 74,2% in der Kardiologie. Die Werte wurden berechnet, um zu verdeutlichen, ob es zwischen den verschiedenen Fachgruppen bei den grundsätzlich finanziell bedeutendsten GOP größere oder kleinere Unterschiede gibt. Die Beschränkung auf fünf GOP pro Facharztgruppe – wobei die Grundpauschalen jeweils gewichtet als eine GOP gezählt wurden – führte dazu, dass die errechneten Faktoren ausschließlich als Näherungswerte zu betrachten sind. Zusätzlich sollten diese Werte nur im Kontext der getroffenen Annahmen betrachtet werden. Die Berechnung der durchschnittlichen Faktoren bezieht sich ausschließlich auf die im Gutachten betrachteten GOP und können daher nicht zur Bestimmung genereller Abrechnungssummen herangezogen werden.

5.3 Ausblick und Fazit

Weitergehende Untersuchungen sollten für einen Vergleich die Abrechnungsdaten innerhalb und außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung betrachten. Hierdurch könnten nicht nur die GOP sondern ebenfalls die LP mit der größten finanziellen Bedeutung pro Facharztgruppe betrachtet und verglichen werden. Ein weitergehender Schritt wäre der Vergleich von identischen Behandlungspfaden. Der Vergleich der Gebührenordnungen würde hierbei nicht durch die ärztliche Leistung an sich bestimmt, sondern durch identische Prozeduren und Diagnosen vorgegeben werden. Hierbei ist zu beachten, dass die Patientencharakteristika des privatversicherten mit den Patientencharakteristika des gesetzlich versicherten Individuums übereinstimmen. Ein Vergleich auf dieser Ebene würde Antworten auf tiefergehende Frage erlauben, erscheint in Anbetracht des hohen Aufwandes der Datenzusammenführung aus vielen verschiedenen Bereichen jedoch als schwer durchführbar.

Aufgrund des systematischen Vorgehens bietet das vorliegende Gutachten einen guten Überblick über die beiden Honorarordnungen und einen transparenten Vergleich der Bewertungen ärztlicher Leistungen nach EBM und GOÄ. Die beschriebenen Limitationen dienen zudem der Verdeutlichung der Komplexität dieser Aufgabe. Die dargestellten Annahmen ermöglichen auf der Ebene der einzelnen ärztlichen Leistungen einen nachvollziehbaren Vergleich der Vergütungssituationen im Rahmen der vertragsärztlichen und privatärztlichen Versorgung. Insgesamt wurden aus 10 Arztgruppen jeweils 5 GOP betrachtet, wobei zur Auswahl die finanzielle Bedeutung am Honorarumsatz nach EBM der jeweiligen Arztgruppe genutzt wurde. Bei der Bewertung der in den GOP enthaltenen obligaten ärztlichen Leistungen mittels GOÄ zeigte sich, dass die Vergütung im Rahmen der privatärztlichen Versorgung für die im Gutachten betrachteten Leistungen um das 2,3-fache höher war als nach EBM. Bei der Betrachtung der obligaten und fakultativen Leistungen erhöhte sich die gewichtete mittlere Relation GOÄ/EBM auf 4,7. Demnach war die Vergütung der privatärztlichen Versorgung um das 4,7-fache höher als nach EBM. Die zusätzliche Nutzung von Musterpatienten erlaubte eine Konkretisierung der Gründe für unterschiedliche Vergütungen und verdeutlichte einmal mehr die Komplexität des Vergleichs der Honorierung von beispielhaften Behandlungspfaden. Alle Leitfragen wurden beantwortet. Zusammenfassend liegt nun ein objektiver und systematischer Vergleich zwischen einzelnen GOP des EBM mit LP der GOÄ vor, der die Arbeit der KOMV bei der Erfüllung ihres Auftrags unterstützen wird.

Verwendete Literatur

- BÄK-BUNDESÄRZTEKAMMER (HRSG.). (2019). Beschlüsse des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer.
- CDU/CSU/SPD (HRSG.). (2018). *Ein neuer Aufbruch für Europa, eine neue Dynamik für Deutschland, ein neuer Zusammenhalt für unser Land - Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 19. Legislaturperiode*. Abgerufen von <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975226/847984/5b8bc23590d4cb2892b31c987ad672b7/2018-03-14-koalitionsvertrag-data.pdf?download=1>.
- DEUTSCHER BUNDESTAG (HRSG.). (2005). *Grundinformationen zum privatärztlichen Gebührenrecht nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)*. Abgerufen von <https://www.bundestag.de/resource/blob/412212/2ec2f3028e0ff097ab9085660f1958d3/WF-IX-130-05-pdf-data.pdf>.
- ERWEITERTER BEWERTUNGS-AUSSCHUSS (HRSG.). (2018). *Beschluss zur Festlegung gemäß § 82 Abs. 2e SGB V und Anpassung gemäß § 87 Abs. 2g SGB V des Orientierungswertes für das Jahr 2019*. Abgerufen von https://www.kbv.de/media/sp/HON_2018_08_21_EBA_57_BeeG_Orientierungswert_2019.pdf.
- GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS (HRSG.). (2017). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62 für schwerwiegend chronisch Erkrankte („Chroniker-Richtlinie“)*. Abgerufen von Gemeinsamer Bundesausschusses Website: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1530/RL-Chroniker_2017-11-17.pdf.
- GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS (HRSG.). (2019). *Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“)*. Abgerufen von https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1829/Mu-RL_2019-03-22_iK_2019-05-28.pdf.
- HERMANN, P. M. (2019a). *EBM 2019 Kommentar* (9. Aufl.). DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58271-8>.
- HERMANN, P. M. (2019b). *GOÄ 2019 Kommentar, IGeL-Abrechnung* (13. Aufl.). DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58211-4>
- HESS, R., THÜSING, G., ULRICH, V., WILLE, E., & WOLLENSCHLÄGER, F. (2018). *Einheitliche Vergütung im dualen Krankenversicherungssystem? Memorandum zur Diskussion einer Einheitlichen Gebührenordnung für Ärzte (EGO)*. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00120-018-0616-4>.
- IWW INSTITUT FÜR WISSEN IN DER WIRTSCHAFT (HRSG.). (2007). Neue Urteile zur GOÄ-Abrechnung handchirurgischer Operationen. *CB Chefärzte Brief, 12/2007*, S. 17. Abgerufen von <https://www.iww.de/cb/archiv/privatliquidation-neue-urteile-zur-goae-abrechnung-handchirurgischer-operationen-f24843>.
- IWW INSTITUT FÜR WISSEN IN DER WIRTSCHAFT (HRSG.). (2010a). Post-operative Behandlung im Praxisalltag. *Abrechnung aktuell, 07/2010*, S. 17. Abgerufen von <https://www.iww.de/aaa/archiv/fallbeispiel-post-operative-behandlung-im-praxisalltag-f21186>.
- IWW INSTITUT FÜR WISSEN IN DER WIRTSCHAFT (HRSG.). (2010b). Schmerztherapie an der Wirbelsäule. *ChefärzteBrief, 09/2010*, S. 17. Abgerufen von <https://www.iww.de/cb/archiv/der-goae-spiegel-schmerztherapie-an-der-wirbelsaeule-f24449>.
- IWW INSTITUT FÜR WISSEN IN DER WIRTSCHAFT (HRSG.). (2017). EBM 2017 Psychotherapie: neue GOP für die Gruppen- und Einzeltherapie sowie für Testverfahren. *Abrechnung aktuell, 05/2017*, S. 2-3. Abgerufen von <https://www.iww.de/aaa/kassenabrechnung/ebm-2017-psychotherapie-neue-gop-fuer-die-gruppen-und-einzeltherapie-sowie-fuer-testverfahren-f104149>.

- KBV-KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (HRSG.). (2017). *Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)*. Abgerufen von KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung Website: https://www.kbv.de/media/sp/EBM_Gesamt__Stand_1._Quartal_2017.pdf.
- KBV-KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (HRSG.). (2019a). *Honorarbericht Quartal 4/2016*. Abgerufen von https://www.kbv.de/media/sp/Honorarbericht_Quartal_4_2016.pdf.
- KBV-KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (HRSG.). (2019b). *Online-Version des EBM*. Abgerufen von <https://www.kbv.de/html/online-ebm.php>.
- KRÖGER, G. (2015). *Historische Entwicklung und epochenspezifische Funktionalität der Gebührenordnung für Ärzte*. Abgerufen von https://www.nav-virchowbund.de/uploads/files/studie_brendan-schmittmann-stiftung_geschichte_der_go.pdf.
- MOHER, D., LIBERATI, A., TETZLAFF, J., & ALTMAN, D. G. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine*, Vol. 6(Iss. 7). DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>.
- NEUBAUER, G., & MINARTZ, C. (2013). *Gutachten zur wirtschaftlichen Lage der ambulanten Radiologie in der GKV, Abschlussbericht*. Abgerufen von https://www.curagita.net/cms/upload/pdf/Radiologie_Gesamt-Gutachten-Abschlussbericht_Mai-2013.pdf.
- NEUMANN, K., GIERLING, P., ALBRECHT, M., DIETZEL, J., & WOLFSCHÜTZ, A. (2014). *Reform der ärztlichen Vergütung im ambulanten Sektor, Prüfung der Machbarkeit*. Abgerufen von https://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e8885/e9536/e9537/e9539/attr_objs9540/IGES_Gutachten_Aerztliche_Verguetung_Langfassung_WEB_ger.pdf.
- NIEHAUS, F. (2009). *Ein Vergleich der ärztlichen Vergütung nach GOÄ und EBM, WIP-Diskussionspapier 7/09* (Nr. 7/09). Abgerufen von http://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Veroeffentlichungen/Vergleich_der_aerztlichen_Verguetung_nach_GOAE_und_EBM.pdf.
- NIEHAUS, F. (2015). *Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privatversicherter Patienten im Jahr 2013* (Nr. 02/15). Abgerufen von http://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Veroeffentlichungen/Der_ueberproportionale_Finanzierungsbeitrag_2013.pdf.
- PKV-VERBAND DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG (HRSG.). (2016). *Stellungnahme des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. zur Abrechnung in der Handchirurgie*. Abgerufen von https://www.pkv.de/w/files/goae-kommentierung/goae_kommentierung_handchirurgie.pdf.
- PKV-VERBAND DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG (HRSG.). (2017). *Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2017*. Abgerufen von <https://www.pkv.de/service/broschueren/daten-und-zahlen/zahlenbericht-2017.pdb.pdf>.
- PKV-VERBAND DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG (HRSG.). (2018). *Fakten zum deutschen Gesundheitssystem*. Abgerufen von <https://www.pkv.de/service/broschueren/auf-einen-blick/fakten-zum-deutschen-gesundheitssystem/>.
- PKV-VERBAND DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG (HRSG.). (2019a). *Kommentierung der PKV zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), Kommentierung praxisrelevanter Analogabrechnungen, Stand: 4. April 2019*. Abgerufen von <https://www.pkv.de/w/files/goae-kommentierung/kommentierungen-praxisrelevanter-analogabrechnungen.pdf>.
- PKV-VERBAND DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG (HRSG.). (2019b). *PKV-Zahlenportal*. Abgerufen von <https://www.pkv-zahlenportal.de/>.
- SIMON, M. (2017). *Das Gesundheitssystem in Deutschland* (6. Aufl.). DOI: <https://doi.org/10.1024/85743-000>.

- STATISTISCHES BUNDESAMT (HRSG.). (2018). *Unternehmen und Arbeitsstätten - Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten, 2015*. Abgerufen von https://www.destatis.de/DE/Themen/Branchen-Unternehmen/Dienstleistungen/Publikationen/Downloads-Dienstleistungen-Kostenstruktur/kostenstruktur-aerzte-2020161159004.pdf?__blob=publicationFile&v=3.
- THORWART, J. (o. J.). *Praxis für Psychoanalyse und Psychotherapie, Kosten & Leistungen der Psychotherapie*. Abgerufen von http://www.thorwart-online.de/Seite_Kosten.html.
- WALENDZIK, A., GREß, S., MANOUGUIAN, M., & WASEM, J. (2008). *Vergütungsunterschiede im ärztlichen Bereich zwischen PKV und GKV auf Basis des standardisierten Leistungsniveaus der GKV und Modelle der Vergütungsangleichung*. Abgerufen von <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/32104/1/58738140X.pdf>.
- WASEM, J., BUCHNER, F., LUX, G., WEEGEN, L., & WALENDZIK, A. (2013). *Ein einheitliches Vergütungssystem für die ambulante ärztliche Versorgung: Zur Diskussion um eine mögliche Kompensation des zu erwartenden Honorarausfalls - Studie, unterstützt durch eine Förderung der Techniker Krankenkasse, K.d.ö.R.* Abgerufen von https://www.mm.wiwi.uni-due.de/fileadmin/fileupload/BWL-MEDMAN/Forschung/Wasem_et_al_-_Finanzielle_Wirkungen_einheitliches_Verguetungssystem_Executive_SUmmmary_fuer_Homepage.pdf.
- ZIMMERMANN, G. W. (2018). Basis- und Standardtarif der PKV: So rechnen Sie ab. *MMW - Fortschritte der Medizin*, 160(3), S. 24. DOI: <https://doi.org/10.1007/s15006-018-0181-1>.

Anhang 1 Glossar EBM

GOP	Bezeichnung	Obligate Leistungen	Fakultative Leistungen	Abrechnungsbestimmung	Abrechnungsausschlüsse	Abrechnungsgenehmigungen	EBM-Punkte	Vergütung nach EBM in Euro
01730	Krebsfrüherkennungsuntersuchung bei der Frau				Im Quartal der Berechnung der GOP 01730 und im Folgequartal GOP 01735, In derselben Sitzung 01825	nein	180	19,48
01732	Gesundheitsuntersuchung bei Erwachsenen ab vollendetem 18. Lebensjahr				In derselben Sitzung 27310, 32025, 32033, 32057, 32060, 32061, 32062, 32063, Im Behandlungsfall 01745	nein	320	34,63
01770	Betreuung einer Schwangeren	<ul style="list-style-type: none"> – Beratungen und Untersuchungen gem. den Mutterschafts-Richtlinien – Ultraschalluntersuchungen nach Anlage 1a ggf. mit Biometrie ohne systematische Untersuchung der fetalen Morphologie und Anlage 1b der Mutterschafts-Richtlinien – Bilddokumentation(en) 		1x im Behandlungsfall	Im Behandlungsfall 33043, 33044	ja	1093	118,29
01822	Beratung ggf. einschl. Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung	<ul style="list-style-type: none"> – Leistungen gem. den Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch des G-BA – Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung (Nr. 01821) 	– Untersuchung gem. den Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch des G-BA	1x im Behandlungsfall	In derselben Sitzung 01850, Im Behandlungsfall 01821	nein	113	12,23
02100	Infusion	<ul style="list-style-type: none"> – Infusion intravenös und/oder – In das Knochenmark und/oder – Mittels Portsystem und/oder – Intraarteriell – Dauer mindestens 10 Minuten 		1x je Behandlungstag	In derselben Sitzung 01220, 01221, 01222, 01510, 01511, 01512, 01516, 01520, 01521, 01530, 01531, 01856, 01857, 01910, 01911, 01913, 02120, 02330, 02331, 06331, 06332, 08313, 13310, 13311, 26317, 30708, 30710, 31501, 31502, 31503, 31504, 31505, 31506, 31507, 31820, 31821, 31822, 31823, 31824, 31825, 31826, 31827, 31828, 31840, 31841, 36501, 36502, 36503, 36504, 36505, 36506, 36507, 36820, 36821, 36822, 36823, 36824, 36825, 36826, 36827, 36828, 36829, 36840, 36841, 36882, Am Behandlungstag 31800, 31801, 36800, 36801, Im Behandlungsfall 04410, 13545, 13550, 26330, 34291	nein	57	6,17

GOP	Bezeichnung	Obligate Leistungen	Fakultative Leistungen	Abrechnungsbestimmung	Abrechnungsausschlüsse	Abrechnungsgenehmigungen	EBM-Punkte	Vergütung nach EBM in Euro
02330	Blutentnahme durch Arterienpunktion				In derselben Sitzung 01220, 01221, 01222, 01856, 01857, 01913, 02100, 02101, 02300, 02331, 02340, 02341, 04530, 04536, 05330, 05331, 05340, 05370, 05371, 10340, 13311, 13650, 13661, 31821, 31822, 31823, 31824, 31825, 31826, 31827, 31828, 31840, 31841, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287, 34290, 34291, 34292, 34298, 36821, 36822, 36823, 36824, 36825, 36826, 36827, 36828, 36829, 36840, 36841, 36881, 36882 Im Behandlungsfall 04410, 13545, 13550, 34291	nein	55	5,95
02350	Fixierender Verband				In derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 02310, 02311, 02312, 02313, 10340, 10341, 10342, 27332, 30214, Am Behandlungstag 31614, 31615, 31616, 31617, 31618, 31619, 31620, 31621, Im Behandlungsfall 07310, 07311, 07330, 07340, 10330, 18310, 18311, 18330, 18340, 34291, im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 31600, 31614, 31615, 31616, 31617, 31618, 31619, 31620, 31621	nein	106	11,47

GOP	Bezeichnung	Obligate Leistungen	Fakultative Leistungen	Abrechnungsbestimmung	Abrechnungsausschlüsse	Abrechnungsgenehmigungen	EBM-Punkte	Vergütung nach EBM in Euro
03001	Versichertenpauschale bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	– Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt	<ul style="list-style-type: none"> – Allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes – Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen, insbesondere auch mit anderen behandelnden Ärzten, nichtärztlichen Hilfen und flankierenden Diensten – Einleitung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen – Erhebung von Behandlungsdaten und Befunden bei anderen Leistungserbringern und Übermittlung erforderlicher Behandlungsdaten und Befunde an andere Leistungserbringer, sofern eine schriftliche Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, vorliegt – Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, – Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gem. I-4.3.1 und der Allgemeinen Bestimmungen* – In Anhang VI-1 aufgeführte Leistungen* 	1x im Behandlungsfall	In derselben Sitzung 01436, Im Behandlungsfall 01600, 01601, 03030	nein	236	25,54
03002	Versichertenpauschale ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr						150	16,23
03003	Versichertenpauschale ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr						122	13,20
03004	Versichertenpauschale ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr						157	16,99
03005	Versichertenpauschale ab Beginn des 76. Lebensjahres						211	22,84
03040	Zusatzpauschale zu den GOP 03000 und 03030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gem. § 73 Abs. 1 SGB V	– Vorhaltung der zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen		1x im Behandlungsfall		nein	144	15,58
03220	Zuschlag zur GOP 03000 für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mind. Einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	– Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt	<ul style="list-style-type: none"> – Fortlaufende Beratung hinsichtlich Verlauf und Behandlung der chronischen Erkrankung(en) – Leitliniengestützte Behandlung der chronischen Erkrankung(en) – Anleitung zum Umgang mit der/den chronischen Erkrankung(en) – Koordination ärztlicher und/oder pflegerischer Maßnahmen im Zusammenhang mit der Behandlung der chronischen Erkrankung(en) – Erstellung und ggf. Aktualisierung eines Medikationsplans und ggf. Anpassung der Selbstmedikation und der Arzneimittelhandhabung – Überprüfung und fortlaufende Kontrolle der Arzneimitteltherapie mit dem Ziel des wirtschaftlichen und versorgungsgerechten Umgangs mit Arzneimitteln 	1x im Behandlungsfall	In derselben Sitzung 03370, 03371, 03372, 03373, 37300, 37302, 37305, 37306, Im Behandlungsfall 01630	nein	130	14,07

GOP	Bezeichnung	Obligate Leistungen	Fakultative Leistungen	Abrechnungsbestimmung	Abrechnungsausschlüsse	Abrechnungsgenehmigungen	EBM-Punkte	Vergütung nach EBM in Euro
03230	Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist	<ul style="list-style-type: none"> – Gespräch von mind. 10 Min. Dauer – mit einem Patienten und/oder – einer Bezugsperson 	<ul style="list-style-type: none"> – Beratung und Erörterung zu den therapeutischen, familiären, sozialen oder beruflichen Auswirkungen und deren Bewältigung im Zusammenhang mit der/den Erkrankung(en), die aufgrund von Art und Schwere das Gespräch erforderlich macht (machen) 	Je vollendete 10 Min	In derselben Sitzung 03370, 03372, 03373, 35100, 35110, 35150, 35151, 35152, 37300, 37302, 37305, 37306, Im Behandlungsfall 30700	nein	90	9,74
04001	Versichertenpauschale bis 4. LJ	– Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt	<ul style="list-style-type: none"> – Allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes – Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen, insbesondere auch mit anderen behandelnden Ärzten, nichtärztlichen Hilfen und flankierenden Diensten – Einleitung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen – Erhebung von Behandlungsdaten und Befunden bei anderen Leistungserbringern und Übermittlung erforderlicher Behandlungsdaten und Befunde an andere Leistungserbringer, sofern eine schriftliche Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, vorliegt – Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten – Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gem. 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen* – In Anhang 1 aufgeführte Leistungen* 	1x im Behandlungsfall	In derselben Sitzung 01436, Im Behandlungsfall 01600, 01601, 04030	nein	236	25,54
04002	Versichertenpauschale 5. bis 18. LJ						150	16,23
04003	Versichertenpauschale 19. bis 54. LJ						122	13,20
04004	Versichertenpauschale 55. bis 75. LJ						157	16,99
04005	Versichertenpauschale ab 76. LJ						211	22,84
04040	Zusatzpauschale zu den GOP 04000 und 04030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gem. § 73 Abs. 1 SGB V	– Vorhaltung der zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen		1x im Behandlungsfall		nein	144	15,58

GOP	Bezeichnung	Obligate Leistungen	Fakultative Leistungen	Abrechnungsbestimmung	Abrechnungsausschlüsse	Abrechnungsgenehmigungen	EBM-Punkte	Vergütung nach EBM in Euro
04220	Zuschlag zur GOP 04000 für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mind. einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	– Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt	<ul style="list-style-type: none"> – Fortlaufende Beratung hinsichtlich Verlauf und Behandlung der chronischen Erkrankung(en) – Leitliniengestützte Behandlung der chronischen Erkrankung(en) – Anleitung zum Umgang mit der/den chronischen Erkrankung(en) – Koordination ärztlicher und/oder pflegerischer Maßnahmen im Zusammenhang mit der Behandlung der chronischen Erkrankung(en) – Erstellung und ggf. Aktualisierung eines Medikationsplans und ggf. Anpassung der Selbstmedikation und der Arzneimittelhandhabung – Überprüfung und fortlaufende Kontrolle der Arzneimitteltherapie mit dem Ziel des wirtschaftlichen und versorgungsgerechten Umgangs mit Arzneimitteln 	1x im Behandlungsfall	In derselben Sitzung 04370, 04371, 04372, 04373, 37300, 37302, 37305, 37306, Im Behandlungsfall 01630	nein	130	14,07
04230	Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist	<ul style="list-style-type: none"> – Gespräch von mind. 10 Min. Dauer – Mit einem Patienten und/oder – Einer Bezugsperson 	– Beratung und Erörterung zu den therapeutischen, familiären, sozialen oder beruflichen Auswirkungen und deren Bewältigung im Zusammenhang mit der/den Erkrankung(en), die aufgrund von Art und Schwere das Gespräch erforderlich macht (machen)	Je vollendete 10 Min.	In derselben Sitzung 04370, 04372, 04373, 35100, 35110, 35150, 35151, 35152, 37300, 37302, 37305, 37306, Im Behandlungsfall 30700	nein	90	9,74
04355	Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklärung	<ul style="list-style-type: none"> – Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt – Dauer mind. 15 Min. – Als Einzelsitzung – Berücksichtigung krankheitsspezifischer, teilhabebezogener und prognostischer sowie entwicklungsabhängiger, familiendynamischer Faktoren 	<ul style="list-style-type: none"> – Erhebung der bestehenden Befunde und/oder Erkenntnisse – Befunderhebung(en) unter sozialpädiatrischen Kriterien zur (drohenden) Störung, körperlichen, psychischen oder psychosomatischen Erkrankung oder (drohenden) Behinderung oder bei Verdacht/Hinweisen auf Vernachlässigung und/oder Kindesmisshandlung: <ul style="list-style-type: none"> – Entwicklungsstand, – Intelligenz, – Körperlicher und neurologischer Befund, – Psychischer Befund, – Psychosozialer Hintergrund, – Prüfung der Anwendung ganzheitlicher Förder- und/oder Therapieverfahren – Berücksichtigung der Therapieprinzipien der Sozialpädiatrie – Dokumentation unter Anwendung standardisierter Verfahren – Anleitung der Bezugsperson(en) – Einleitung und/oder Koordination störungsspezifischer Maßnahmen 	1x im Behandlungsfall	In derselben Sitzung 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218	nein	145	15,69

GOP	Bezeichnung	Obligate Leistungen	Fakultative Leistungen	Abrechnungsbestimmung	Abrechnungsausschlüsse	Abrechnungsgenehmigungen	EBM-Punkte	Vergütung nach EBM in Euro
05210	Grundpauschale bis zum vollendeten 5. Lj	– Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt	<ul style="list-style-type: none"> – Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen*, – Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600 – Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601, – In Anhang 1 aufgeführte Leistungen* 	1x im Behandlungsfall	In derselben Sitzung 01436, 01440, 01510, 01511, 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 02100, 02101, Im Behandlungsfall 01600, 01601	nein	110	10,50
05211	Grundpauschale 6.-59. Lebensjahr						95	10,28
05212	Grundpauschale ab 60. Lj						111	12,01
05310	Präanästhesiologische Untersuchung	<ul style="list-style-type: none"> – Überprüfung der Narkosefähigkeit des Patienten, – Aufklärungsgespräch mit Dokumentation 	<ul style="list-style-type: none"> – Auswertung ggf. vorhandener Befunde, – In mehreren Sitzungen 	1x im Behandlungsfall	In derselben Sitzung 01220, 01221, 01222, 01440, 01510, 01511, 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01852, 01856, 01903, 01913, 02100, 02101, 02342, 05360, 05361, 05371, 30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760, Im Behandlungsfall 31840, 31841, 36840, 36841	nein	179	19,37
05330	Anästhesie oder Kurz-narkose	– Anästhesien oder Narkose	<ul style="list-style-type: none"> – Anästhesien nach der Nr. 05320, – Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums, – Legen einer Blutleere, – Infusion(en) (Nr. 02100), – Magenverweilsoneinführung (Nr. 02320), – Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02321), – Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02322), – Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter (Nr. 02323), – arterielle Blutentnahme (Nr. 02330), – Multigasmessung, – Gesteuerte Blutdrucksenkung, – Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen 		In derselben Sitzung 01220, 01221, 01222, 01440, 01510, 01511, 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01856, 01857, 01913, 02100, 02101, 02300, 02301, 02302, 02320, 02321, 02322, 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 02342, 02343, 05320, 05340, 05341, 05360, 05361, 05371, 30708, 30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760	nein	840	90,91

GOP	Bezeichnung	Obligate Leistungen	Fakultative Leistungen	Abrechnungsbestimmung	Abrechnungsausschlüsse	Abrechnungsgenehmigungen	EBM-Punkte	Vergütung nach EBM in Euro
06210	Grundpauschale bis 5. LJ	– Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt	<ul style="list-style-type: none"> – Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gem. 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen* – Ärztlicher Bericht entsprechend der GOP 01600 – Individueller Arztbrief entsprechend der GOP 01601 – Klinisch-neurologische augenärztliche Basisdiagnostik – Bestimmung des Visus – Subjektive und objektive Refraktionsbestimmung – Bestimmung des Interferenzvisus – Untersuchung des Dämmerungssehens – Tonometrische Untersuchung – Gonioskopie – Spaltlampenmikroskopie – Beurteilung des zentralen Fundus – Messung der Hornhautkrümmungsradien – Prüfung der Augenstellung und Beweglichkeit in neun Hauptblickrichtungen – Prüfung der Kopfhaltung bei binokularer Sehanforderung in Ferne und Nähe – Prüfung der Simultanperzeption, Fusion und Stereopsis – Prüfung auf Heterophorie und (Pseudo-)Strabismus – Prüfung der Pupillenfunktion – Prüfung des Farbsinns – Prüfung der Tränenwege durch Messung der Sekretionsmenge und Durchgängigkeit – Bestimmung der break-up time – Entnahme von Abstrichmaterial aus dem Bindehautsack – Anpassung einfacher vergrößernder Sehhilfen – Kontrolle vorhandener Sehhilfen – In Anhang 1 aufgeführte Leistungen* 	1x im Behandlungsfall	In derselben Sitzung 01436, Im Behandlungsfall 01600, 01601	nein	154	16,67
06211	Grundpauschale 6.bis 59. LJ						129	13,96
06212	Grundpauschale ab 60. LJ						150	16,23
06225	Zuschlag für die Behandlung durch (einen) konservativ tätige(n) Augenarzt/-ärzte	– Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt		1x im Behandlungsfall		nein	111	12,01
06321	Zusatzpauschale Schielbehandlung ab 6. LJ	<ul style="list-style-type: none"> – Quantitative Untersuchung des Binokularsehens – Beurteilung des Fundus mit Fixationsprüfung(en) und/oder – Prüfung auf Trennschwierigkeiten mit enggestellten Reihenoptotypen 	<ul style="list-style-type: none"> – Refraktionsbestimmung in Zykloplegie – Anpassung einer Prismenbrille – Messung der Akkommodationsbreite – Durchführung pleoptischer Übungen – Durchführung orthoptischer Übungen – Okklusionstherapie 	1x im Behandlungsfall	Im Behandlungsfall 06320	nein	180	19,48

GOP	Bezeichnung	Obligate Leistungen	Fakultative Leistungen	Abrechnungsbestimmung	Abrechnungsausschlüsse	Abrechnungsgenehmigungen	EBM-Punkte	Vergütung nach EBM in Euro
06330	Perimetrie	<ul style="list-style-type: none"> – Rechnerisch gestützte schwellenbestimmende Perimetrie an mind. 50 Prüforten und/oder – Indikationsbezogene gleichwertige Perimetrie – Dokumentation – Ein- und/oder beidseitig 	<ul style="list-style-type: none"> – Statistische Trendanalyse 			nein	140	15,15
06333	Binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes	Binokulare Untersuchung des gesamten Augenhintergrundes in Mydriasis				nein	51	5,52
07210	Grundpauschale bis 5. LJ	<ul style="list-style-type: none"> – Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt 	<ul style="list-style-type: none"> – Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gem. 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen* – Ärztlicher Bericht entsprechend der GOP 01600 – Individueller Arztbrief entsprechend der GOP 01601, – In Anhang 1 aufgeführte Leistungen* 	1x im Behandlungsfall	In derselben Sitzung 01436, Im Behandlungsfall 01600, 01601	nein	210	22,73
07211	Grundpauschale 6. bis 59. LJ						221	23,92
07212	Grundpauschale ab 60. LJ						255	27,60
07220	Zuschlag für die chirurgische Grundversorgung			1x im Behandlungsfall		nein	32	3,46
07311	Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankung(en) des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und Erwachsenen	<ul style="list-style-type: none"> – Funktionsdiagnostik (ggf. segmental) und Differentialdiagnostik – Dokumentation von Bewegungseinschränkungen (z.B. nach der Neutral-Null-Methode) – Weiterführende neurologische Diagnostik – Mind. drei Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall 	<ul style="list-style-type: none"> – Anlage und/oder Wiederanlage eines immobilisierenden Verbandes unter Einschluss mind. eines großen Gelenkes und/oder Frakturen – Anlage und/oder Wiederanlage eines Schienenverbandes – Anlage und/oder Wiederanlage einer Orthese – Mobilisation(en) nach Funktionsdiagnostik – Anleitung zur Durchführung von Bewegungsübungen – Durchführung einer Thromboseprophylaxe – Gelenkpunktion(en) und/oder intraartikuläre Injektionen 	1x im Behandlungsfall	In derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 02511, Am Behandlungstag 31614, 31615, 31616, 31617, 31618, 31619, 31620, 31621, Im Behandlungsfall 02311, 02312, 02340, 02341, 02350, 02360, 07310, 07320, 07330, 07340, 07345, 18311, 30214, Im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2: 31601, 31602, 31608, 31609, 31610, 31611, 31612, 31613, 31614, 31615, 31616, 31617, 31618, 31619, 31620, 31621, 31622, 31623, 31624, 31625, 31626, 31627, 31628, 31629, 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637	nein	217	23,49

GOP	Bezeichnung	Obligate Leistungen	Fakultative Leistungen	Abrechnungsbestimmung	Abrechnungsausschlüsse	Abrechnungsgenehmigungen	EBM-Punkte	Vergütung nach EBM in Euro
08210	Grundpauschale bis 5. LJ	– Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt	<ul style="list-style-type: none"> – Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gem. 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen* – Ärztlicher Bericht entsprechend der GOP 01600, – Individueller Arztbrief entsprechend der GOP 01601 – Untersuchung und Behandlung der Harninkontinenz – Sterilitätsbehandlung mittels Gonadotropinstimulation und/oder Antiöstrogenen – Diagnostik und Behandlung einer Patientin mit einer morphologischen Veränderung einer Hormondrüse und/oder mit einer laboratoriumsmedizinisch gesicherten Hormonüber- oder -unterfunktion – In Anhang 1 aufgeführte Leistungen* 	1x im Behandlungsfall	In derselben Sitzung 01436, Am Behandlungstag 01828, Im Behandlungsfall 01600, 01601	nein	113	12,23
08211	Grundpauschale 6. bis 59. LJ						145	15,69
08212	Grundpauschale ab 60. LJ						147	15,91
09210	Grundpauschale bis 5. LJ	– Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt	<ul style="list-style-type: none"> – Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gem. 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen* – Ärztlicher Bericht entsprechend der GOP 01600 – Individueller Arztbrief entsprechend der GOP 01601 – Endoskopische organbezogene Untersuchung(en) – Ohrmikroskopie – In Anhang 1 aufgeführte Leistungen* 	1x im Behandlungsfall	In derselben Sitzung 01436, Im Behandlungsfall 01600, 01601	nein	240	25,97
09211	Grundpauschale 6. bis 59. LJ						198	21,43
09212	Grundpauschale ab 60. LJ						205	22,19
09320	Tonschwellenaudiometrie	<ul style="list-style-type: none"> – Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig – Bestimmung der Hörschwelle in Luft- und/oder Knochenleitung mit 8 bis 12 Prüffrequenzen oder mittels kontinuierlicher Frequenzänderung 	<ul style="list-style-type: none"> – Vertäubung – Bestimmung der Intensitätsbreite 		In derselben Sitzung 09321, 20320, 20321, Am Behandlungstag 20338, Im Behandlungsfall 09372, 09373, 09374, 20372, 20373, 20374	nein	147	15,91
09323	Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln	<ul style="list-style-type: none"> – Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln mittels Impedanzmessung – Mind. vier Prüfsequenzen – Ipsi- und/oder kontralaterale Ableitung – Ein- und/oder beidseitig 			In derselben Sitzung 09324, 20323, 20324, Am Behandlungstag 20338, Im Behandlungsfall 09372, 20372	nein	78	8,44

GOP	Bezeichnung	Obligate Leistungen	Fakultative Leistungen	Abrechnungsbestimmung	Abrechnungsausschlüsse	Abrechnungsgenehmigungen	EBM-Punkte	Vergütung nach EBM in Euro
09372	Hörgeräteversorgung beim Jugendlichen und Erwachsenen	<ul style="list-style-type: none"> – Ohrmikroskopie – Ton- und Sprachaudiometrie – Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln mittels Impedanzmessung – Bestimmung der Unbehaglichkeitsschwelle – Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig – Anwendung eines Fragebogens gem. der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung – Beratung über Versorgungsmöglichkeiten – Verordnung eines Hörgerätes/von Hörgeräten gem. den Richtlinien des G-BA über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung 		1x im Krankheitsfall	Am Behandlungstag 09373, 20373, Im Behandlungsfall 09320, 09321, 09323, 09374, 20320, 20321, 20323, 20374, Im Krankheitsfall 20372	ja	494	53,46
09374	Zusatzpauschale für die Nachsorge(n) bei Hörgeräteversorgung	<ul style="list-style-type: none"> – Ohrmikroskopie – Ton- und/oder Sprachaudiometrie im freien Schallfeld unter Benutzung eines Hörgerätes/von Hörgeräten in einem schallisolierten Raum zur Überprüfung des Ergebnisses der Hörgeräteversorgung gem. den Richtlinien des G-BA über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung – Kontrolle der Hörgerätehandhabung – Kontrolle des Sitzes des Hörgerätes/von Hörgeräten – Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig 		höchstens 2x im Krankheitsfall	Am Behandlungstag 09373, 20373, Im Behandlungsfall 09320, 09321, 09372, 20320, 20321, 20372, 20374	ja	452	48,92
13540	Grundpauschale bis 5. LJ	– Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt	<ul style="list-style-type: none"> – Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gem. 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen* – Ärztlicher Bericht entsprechend der GOP 01600, – Individueller Arztbrief entsprechend der GOP 01601 – In Anhang 1 aufgeführte Leistungen* 	1x im Behandlungsfall	In derselben Sitzung 01436, Im Behandlungsfall 01600, 01601, 13210, 13211, 13212, 13390, 13391, 13392, 13401, 13410, 13411, 13412, 13420, 13424, 13425, 13426, 13430, 13431, 13435, 13437, 13438, 13439, 36881, 36882, 36883	nein	143	15,48
13541	Grundpauschale 6. bis 59. LJ						207	22,40
13542	Grundpauschale ab 60. LJ						214	23,16

GOP	Bezeichnung	Obligate Leistungen	Fakultative Leistungen	Abrechnungsbestimmung	Abrechnungsausschlüsse	Abrechnungsgenehmigungen	EBM-Punkte	Vergütung nach EBM in Euro
13545	Zusatzpauschale Kardiologie I	<ul style="list-style-type: none"> – Duplex-Echokardiographische Untersuchung (Nr. 33022) – Druckmessung(en) 	<ul style="list-style-type: none"> – Infusion(en) (Nr. 02100) – Arterielle Blutentnahme (Nr. 02330) – Intraarterielle Injektion (Nr. 02331) – Belastungs-EKG (Nr. 13251) – Aufzeichnung Langzeit-EKG (Nr. 13252) – Computergestützte Auswertung Langzeit-EKG (Nr. 13253) – Langzeit-Blutdruckmessung (Nr. 13254) – Doppler-Echokardiographische Untersuchung (Nr. 33021) – Echokardiographische Untersuchung (Nr. 33020) – Untersuchung mittels Einschwemmkatheter in Ruhe – Untersuchung mittels Einschwemmkatheter in Ruhe sowie während und nach physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung – Laufbandergometrie(n) – Intraluminale Messung(en) des Arteriendrucks oder des zentralen Venendrucks – Messung(en) von Herzzeitvolumen und/oder Kreislaufzeiten – Applikation der Testsubstanz(en) 	1x im Behandlungsfall	In derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, Im Behandlungsfall 02100, 02101, 02330, 02331, 03241, 03321, 03322, 03324, 04241, 04321, 04322, 04324, 04410, 13210, 13211, 13212, 13250, 13550, 27321, 27322, 27323, 27324, 30500, 33020, 33021, 33022, 33030, 33031, 36882, 36883	ja	679	73,49
13550	Zusatzpauschale Kardiologie II	<ul style="list-style-type: none"> – Duplex-Echokardiographische Untersuchung (Nr. 33022) und/oder – Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung in Ruhe und unter physikalisch definierter und reproduzierbarer Stufenbelastung (Stressechokardiographie), (Nr. 33030) und/oder – Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung in Ruhe und unter standardisierter pharmakologischer Stufenbelastung (Stressechokardiographie), (Nr. 33031) – Druckmessung(en) 	<ul style="list-style-type: none"> – Infusion(en) (Nr. 02100) – Arterielle Blutentnahme (Nr. 02330) – Intraarterielle Injektion (Nr. 02331) – Belastungs-EKG (Nr. 13251) – Aufzeichnung Langzeit-EKG (Nr. 13252) – Computergestützte Auswertung Langzeit-EKG (Nr. 13253) – Langzeit-Blutdruckmessung (Nr. 13254) – Echokardiographische Untersuchung (Nr. 33020) – Doppler-Echokardiographische Untersuchung (Nr. 33021) – Untersuchung mittels Einschwemmkatheter in Ruhe – Untersuchung mittels Einschwemmkatheter in Ruhe sowie während und nach physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung – Laufbandergometrie(n) – Intraluminale Messung(en) des Arteriendrucks oder des zentralen Venendrucks – Messung(en) von Herzzeitvolumen und/oder Kreislaufzeiten – Applikation der Testsubstanz(en) 	1x im Behandlungsfall	In derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, Im Behandlungsfall 02100, 02101, 02330, 02331, 03241, 03321, 03322, 03324, 04241, 04321, 04322, 04324, 13210, 13211, 13212, 13545, 27321, 27322, 27323, 27324, 30500, 33020, 33021, 33022, 33030, 33031, 36882, 36883	ja	831	89,94

GOP	Bezeichnung	Obligate Leistungen	Fakultative Leistungen	Abrechnungsbestimmung	Abrechnungsausschlüsse	Abrechnungsgenehmigungen	EBM-Punkte	Vergütung nach EBM in Euro
13590	Grundpauschale bis 5. LJ	– Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt	<ul style="list-style-type: none"> – Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gem. 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen* – Ärztlicher Bericht entsprechend der GOP 01600 – Individueller Arztbrief entsprechend der GOP 01601 – In Anhang 1 aufgeführte Leistungen* 	1x im Behandlungsfall	In derselben Sitzung 01436, Im Behandlungsfall 01600, 01601, 13210, 13211, 13212, 13390, 13391, 13392, 13401, 13410, 13411, 13412, 13420, 13424, 13425, 13426, 13430, 13431, 13435, 13437, 13438, 13540, 13541, 13542, 13545, 13550, 13551, 13560, 13561, 36881, 36882, 36883	nein	145	15,69
13591	Grundpauschale 6. bis 59. LJ						246	26,62
13592	Grundpauschale ab 60. LJ						255	27,60
13610	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Hämodialyse, Peritonealdialyse und Sonderverfahren			Je Dialysetag	In derselben Sitzung 01102, Im Behandlungsfall 13210, 13211, 13212, 13250, 13252, 13253, 13255, 13256, 13257, 13258, 13260, 32247	nein	149	16,13
18210	Grundpauschale bis 5. LJ	– Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt	<ul style="list-style-type: none"> – Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gem. 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen* – Ärztlicher Bericht entsprechend der GOP 01600 – Individueller Arztbrief entsprechend der GOP 01601 – In Anhang 1 aufgeführte Leistungen* 	1x im Behandlungsfall	In derselben Sitzung 01436, Im Behandlungsfall 01600, 01601	nein	175	18,94
18211	Grundpauschale 6. bis 59. LJ						180	19,70
18212	Grundpauschale ab 60. LJ						210	22,73
18220	Zuschlag für die orthopädische Grundversorgung			1x im Behandlungsfall		nein	31	3,36
18311	Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und bei Erwachsenen	<ul style="list-style-type: none"> – Funktionsdiagnostik (ggf. segmental) und Differentialdiagnostik – Dokumentation von Bewegungseinschränkungen (z.B. nach der Neutral-Null-Methode) – Weiterführende neurologische Diagnostik – Mind. drei Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall 	<ul style="list-style-type: none"> – Anlage und/oder Wiederanlage eines immobilisierenden Verbandes unter Einschluss mind. eines großen Gelenkes und/oder einer/mehrerer Fraktur(en) – Anlage und/oder Wiederanlage eines Schienerverbandes – Anlage und/oder Wiederanlage einer Orthese – Mobilisation(en) nach Funktionsdiagnostik – Anleitung zur Durchführung von Bewegungsübungen – Durchführung einer Thromboseprophylaxe – Gelenkpunktion(en) und/oder intraartikuläre Injektionen 	1x im Behandlungsfall	In derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 02511, Am Behandlungstag 31614, 31615, 31616, 31617, 31618, 31619, 31620, 31621, Im Behandlungsfall 02311, 02312, 02340, 02341, 02350, 02360, 07311, 18310, 18320, 18330, 18340, 18700, 30214, Im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2, 31601, 31602, 31608, 31609, 31610, 31611, 31612, 31613, 31614, 31615, 31616, 31617, 31618, 31619, 31620, 31621, 31622, 31623, 31624, 31625, 31626, 31627, 31628, 31629, 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637	nein	217	23,49

GOP	Bezeichnung	Obligate Leistungen	Fakultative Leistungen	Abrechnungsbestimmung	Abrechnungsausschlüsse	Abrechnungsgenehmigungen	EBM-Punkte	Vergütung nach EBM in Euro
18331	Zusatzpauschale Diagnostik und/oder Behandlung von degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule bei Jugendlichen und bei Erwachsenen	<ul style="list-style-type: none"> – Diagnostik und/oder Therapie von Erkrankungen der Wirbelsäule und/oder – Segmentale Funktionsdiagnostik und Differentialdiagnostik und/oder – Weiterführende neurologische Diagnostik – Mind. zwei Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall 	<ul style="list-style-type: none"> – Anlage und/oder Wiederanlage einer Orthese – Mobilisationen nach Funktionsdiagnostik – Anleitung zur Durchführung von Bewegungsübungen – Behandlung mit Lokalanästhetika – Haltungsschulung 	1x im Behandlungsfall	In derselben Sitzung 02300, 02301, Am Behandlungstag 31614, 31615, 31616, 31617, 31618, 31619, 31620, 31621, Im Behandlungsfall 02360, 18700	nein	168	18,18
24210	Konsiliarpauschale bis 5. LJ	<ul style="list-style-type: none"> – Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt – Überprüfung der vorliegenden Indikation 	<ul style="list-style-type: none"> – Veranlassung und Durchführung der radiologischen Untersuchung(en) – Interpretation – In Anhang 1 aufgeführte Leistungen* 	1x im Behandlungsfall	Im Behandlungsfall 01600, 01601, 01602	nein	53	5,74
24211	Konsiliarpauschale 6. bis 59. LJ						44	4,76
24212	Konsiliarpauschale ab 60. LJ						53	5,74
27320	EKG	<ul style="list-style-type: none"> – Mindestens 12 Ableitungen (Extremitäten und Brustwand) 			In derselben Sitzung 27321, 30901, Am Behandlungstag 31622, 31623, 31624, 31625, 31626, 31627, 31628, 31629	nein	80	8,66
30791	Durchführung einer Körperakupunktur	<ul style="list-style-type: none"> – Durchführung der Akupunktur gem. dem erstellten Therapieplan – Aufsuchen der spezifischen Akupunkturpunkte und exakte Lokalisation – Nadelung akupunkturspezifischer Punkte mit sterilen Einmalnadeln – Verweildauer der Nadeln von mind. 20 Min. 	<ul style="list-style-type: none"> – Beruhigende oder anregende Nadelstimulation – Hervorrufen der akupunkturspezifischen Nadelwirkung (De-Qui-Gefühl) – Berücksichtigung der adäquaten Stichtiefe – Adaption des Therapieplanes und Dokumentation – Festlegung der neuen Punktekombination, Stimulationsart und Stichtiefe 	Je dokumentierter Indikation bis zu 10x, mit besonderer Begründung bis zu 15x im Krankheitsfall	In derselben Sitzung 05360, Im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221	nein	212	22,94
31121	Eingriff der Kategorie C1	– Chirurgischer Eingriff der Kategorie C1 entsprechend Anhang 2*	– Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt			nein	953	103,14
31122	Eingriff der Kategorie C2	– Chirurgischer Eingriff der Kategorie C2 entsprechend Anhang 2*				nein	1542	166,88
31351	Intraocularer Eingriff der Kategorie X2	– Chirurgischer Eingriff der Kategorie X2 entsprechend Anhang 2*				nein	4058	439,18
31502	Postoperative Überwachung 2	<ul style="list-style-type: none"> – Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz, – Abschlussuntersuchung(en) 	<ul style="list-style-type: none"> – Infusionstherapie, – Akute Schmerztherapie, mit Ausnahme der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.7, – EKG-Monitoring 		In derselben Sitzung 01910, 01911, 02100, 05350	nein	258	27,92
31503	Postoperative Überwachung 3	<ul style="list-style-type: none"> – Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz, – Abschlussuntersuchung(en) 	<ul style="list-style-type: none"> – Infusionstherapie – Akute Schmerztherapie, mit Ausnahme der Leistungen entsprechend den GOP des Abschnitts 30.7 – EKG-Monitoring 		In derselben Sitzung 01910, 01911, 02100, 05350	nein	513	55,52

GOP	Bezeichnung	Obligate Leistungen	Fakultative Leistungen	Abrechnungsbestimmung	Abrechnungsausschlüsse	Abrechnungsgenehmigungen	EBM-Punkte	Vergütung nach EBM in Euro
31615	Postoperative Behandlung Chirurgie II/1b	<ul style="list-style-type: none"> – Befundbesprechung – Befundkontrolle(n) 	<ul style="list-style-type: none"> – Anlage und/oder Wechseln und/oder Ändern eines immobilisierenden Verbands – Drainagewechsel – Drainageentfernung, – Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie 	Einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2	<p>Am Behandlungstag 02350, 16232, 18310, 18311, 18320, 18330, 18331, 18340,</p> <p>Im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 02300, 02301, 02302, 02310, 02340, 02341, 02350, 02360, 04437, 06350, 06351, 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360, 09361, 09362, 09364, 09365, 10330, 10340, 10341, 10342, 15321, 15322, 15323, 15324, 16322, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365, 26350, 26351, 26352</p>	nein	104	11,26
32025	Glucose			Je Untersuchung	In derselben Sitzung 01732, 32057, 32880, 32881, 3288, <p>Am Behandlungstag 01812</p>	nein		1,60
32042	BSG					nein		0,25
32058	Bilirubin gesamt			Je Untersuchung		nein		0,25
32065	Harnstoff			Je Untersuchung		nein		0,25
32066	Kreatinin (Jaffé-Methode)			Je Untersuchung	In derselben Sitzung 32125	nein		0,25
32070	GPT			Je Untersuchung		nein		0,25
32071	Gamma-GT			Je Untersuchung	In derselben Sitzung 32125	nein		0,25
32073	Lipase			Je Untersuchung		nein		0,40
32075	LDH			Je Untersuchung		nein		0,25
32081	Kalium			Je Untersuchung		nein		0,25
32082	Calcium			Je Untersuchung		nein		0,25
32083	Natrium			Je Untersuchung		nein		0,25
32094	HbA1, HbA1c			1x im Behandlungsfall		nein		4,00
32101	TSH			Je Untersuchung		nein		3,00

GOP	Bezeichnung	Obligate Leistungen	Fakultative Leistungen	Abrechnungsbestimmung	Abrechnungsausschlüsse	Abrechnungsgenehmigungen	EBM-Punkte	Vergütung nach EBM in Euro
32122	Mechanisierter vollständiger Blutstatus	<ul style="list-style-type: none"> – Hämoglobin, – Hämatokrit, – Erythrozytenzählung, – Leukozytenzählung, – Thrombozytenzählung, – Mechanisierte Zählung der Neutrophilen, Eosinophilen, Basophilen, Lymphozyten und Monozyten 	<ul style="list-style-type: none"> – Mechanisierte Zählung der Retikulozyten, – Bestimmung weiterer hämatologischer Kenngrößen 		In derselben Sitzung 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32047, 32051, 32120, 32121, 32125	nein		1,10
32123	Zuschlag bei nachfolgender mikroskopischer Differenzierung					nein		0,40
32197	Harnstoff-, Phosphat- und/oder Calcium-Clearance			Je Funktionsprüfung		nein		10,00
32325	Ferritin			Je Untersuchung		nein		4,20
32342	Antiepileptika			Je Untersuchung		nein		8,60
32413	Vitamin D			Je Untersuchung		nein		18,40
32460	CRP			Je Untersuchung		nein		4,90
32707	Ähnliche Untersuchungen (wie 32702 bis 32706)			Je Untersuchung		nein		11,90
33042	Abdominelle Sonographie			Je Sitzung, höchstens 2x im Behandlungsfall	In derselben Sitzung 01205, 01207, 01773, 01781, 01782, 01787, 01831, 01902, 01904, 01906, 08341, 33043, 330, Am Behandlungstag 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637, 31682, 31683, 31684, 31685, 31686, 31687, 31688, 31689, 31695, 31696, 31697, 31698, 31699, 31700, 31701, 3170, Im Behandlungsfall 01772, 01773, 01780, 26330, Im Zyklusfall 08541, 08550, 08551, 08552, 08560, 08561	nein	157	16,99

GOP	Bezeichnung	Obligate Leistungen	Fakultative Leistungen	Abrechnungsbestimmung	Abrechnungsausschlüsse	Abrechnungsgenehmigungen	EBM-Punkte	Vergütung nach EBM in Euro
33044	Sonographie der weiblichen Genitalorgane, ggf. einschl. Harnblase	– Sonographische Untersuchung eines oder mehrerer weiblicher Genitalorgane, ggf. einschl. Harnblase, mittels B-Mode-Verfahren	– Transkavitäre Untersuchung		In derselben Sitzung 01205, 01207, 01781, 01782, 01787, 01830, 01831, 01902, 01904, 01905, 01906, 01912, 08341, 33043, 33081, 33090, Am Behandlungstag 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637, 31682, 31683, 31684, 31685, 31686, 31687, 31688, 31689, 31695, 31696, 31697, 31698, 31699, 31700, 31701, 31702, Im Behandlungsfall 01770, 01771, 01772, 01773, 01780, 26330, Im Zyklusfall 08541, 08550, 08551, 08552, 08560, 08561, Im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2: 31695, 31696, 31697, 31698, 31699, 31700, 31701, 31702	nein	141	15,26
33070	Duplex-Sonographie der extrakraniellen Gefäße	– Sonographische Untersuchung der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße mittels Duplex-Verfahren von mind. 6 Gefäßabschnitten	– CW-Doppler-Sonographie (Nr. 33060)	Je Sitzung	In derselben Sitzung 01205, 01207, Am Behandlungstag 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637, 31682, 31683, 31684, 31685, 31686, 31687, 31688, 31689, 31695, 31696, 31697, 31698, 31699, 31700, 31701, 31702, Im Behandlungsfall 01774, 01775, 13300, 26330, 33060	nein	410	44,37
34270	Mammographie	– Aufnahmen der Mamma mit axillärem Fortsatz – Aufnahmen in mind. 2 Ebenen		Je Seite	In derselben Sitzung 01205, 01207, 01750, 01752, 01753, 01754, 01755, 01759, 02100, 02101, 34275, 34503, Im Zyklusfall 08560	nein	265	28,68
34291	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	– Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie – Begleitleistungen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der Leistungserbringung stehen – Kontrastmitteleinbringung(en)	– Selektive Darstellung auch bei Patienten mit einem oder mehreren Bypässen und/oder bei Patienten mit Herzvitium – Angiokardiographie (Nr. 34290) – Gerinnungsuntersuchung(en) (z. B. aktivierte Gerinnungszeit) – Qualitätssicherung gem. der Richtlinie des G-BA nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V zur datengestützten einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) für das Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie – Aufklärungsgespräch gem. DeQS-RL	1x im Behandlungsfall	In derselben Sitzung 01205, 01207, 02100, 02101, 02330, 02331, 34503, Im Behandlungsfall 01530, 01531, 02300, 02301, 02302, 02310, 02320, 02321, 02322, 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 02342, 02343, 02350, 02360, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287, 34290	nein	3227	349,25
34233	Aufnahmen der Extremitäten	– Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen, – Aufnahmen der Extremitäten und/oder – deren Teile	– Aufnahmen des distalen Unterarms, – Aufnahmen des distalen Unterschenkels	Je Teil	In derselben Sitzung 01205, 01207, 02100, 02101, 34503	nein	106	11,47

GOP	Bezeichnung	Obligate Leistungen	Fakultative Leistungen	Abrechnungsbestimmung	Abrechnungsausschlüsse	Abrechnungsgenehmigungen	EBM-Punkte	Vergütung nach EBM in Euro
34341	CT-Untersuchung des gesamten Abdomens	<ul style="list-style-type: none"> – Darstellung vom Zwerchfell bis zum Beckenboden 			In derselben Sitzung 01205, 01207, 02100, 02101, 34340, 34342, 34360, 34504, 34505, Im Behandlungsfall 34291	nein	819	88,64
34411	MRT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule	<ul style="list-style-type: none"> – Darstellung mind. des gesamten Wirbelsäulenabschnittes der HWS (HWK1 bis HWK7/BWK1) oder – Darstellung des gesamten Wirbelsäulenabschnittes der BWS (BWK1 bis LWK1) oder – Darstellung des gesamten Wirbelsäulenabschnittes der LWS (LWK1 bis SWK1) und/oder – Darstellung in 2 Ebenen 	<ul style="list-style-type: none"> – Darstellung des Kreuzbeines – Kontrastmitteleinbringung(en) 	Je Wirbelsäulenabschnitt	In derselben Sitzung 01205, 01207, 02100, 02101, 34460, Im Behandlungsfall 34291	nein	1213	131,28
34451	MRT-Untersuchung der Hand, des Fußes und/oder deren Teile	<ul style="list-style-type: none"> – Darstellung der Hand oder des Fußes und/oder – Darstellung der Teile der Hand oder des Fußes 	<ul style="list-style-type: none"> – Darstellung des distalen Unterarms – Darstellung des distalen Unterschenkels – Darstellung angrenzende Gelenke – Kontrastmitteleinbringung(en) 		In derselben Sitzung 01205, 01207, 02100, 02101, 34460, Im Behandlungsfall 34291	nein	1213	131,28
35150	Probatorische Sitzung	<ul style="list-style-type: none"> – Probatorische Sitzung – Einzelbehandlung – Dauer mind. 50 Min. 	<ul style="list-style-type: none"> – Überprüfung auf Einleitung einer genehmigungspflichtigen Psychotherapie – Weitere differentialdiagnostische Abklärung – Abklärung der Motivation und der Kooperations- und Beziehungsfähigkeit des Patienten – Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mind. 25 Min. Dauer 	Je vollendete 50 Min.	In derselben Sitzung 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01450, 03230, 04230, 04355, 04356, 04430, 14220, 14221, 14222, 14310, 14311, 16220, 16230, 16231, 16232, 16233, 21216, 21220, 21221, 21230, 21231, 21232, 21233, 22220, 22221, 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120, 35140, 35141, 35142, 35151, 35152, Im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221	nein	621	67,21
35151	Psychotherapeutische Sprechstunde	<ul style="list-style-type: none"> – Psychotherapeutische Sprechstunde gem. § 11 der Richtlinie des G-BA über die Durchführung der Psychotherapie mit dem Ziel der Abklärung des Vorliegens einer krankheitswertigen Störung – Beratung und/oder Erörterung – Einzelbehandlung – Dauer mind. 25 Min. 	<ul style="list-style-type: none"> – Orientierende, diagnostische Abklärung der krankheitswertigen Störung – Differentialdiagnostische Abklärung der krankheitswertigen Störung – Abklärung des individuellen Behandlungsbedarfes und Empfehlungen über die weitere Behandlung – Psychotherapeutische Intervention – Hinweise zu weiteren Hilfemöglichkeiten – Individuelle Patienteninformation mit schriftlichem Befundbericht 	Je vollendete 25 Min.	In derselben Sitzung 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01450, 03230, 04230, 04355, 04356, 04430, 14220, 14221, 14222, 14310, 14311, 16220, 16230, 16231, 16232, 16233, 21216, 21220, 21221, 21230, 21231, 21232, 21233, 22220, 22221, 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120, 35140, 35141, 35142, 35150, 35152, Am Behandlungstag 35571, 35572, 35.2.1, 35.2.2, Im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221	nein	462	50,00

GOP	Bezeichnung	Obligate Leistungen	Fakultative Leistungen	Abrechnungsbestimmung	Abrechnungsausschlüsse	Abrechnungsgenehmigungen	EBM-Punkte	Vergütung nach EBM in Euro
40824	Kostenpauschale für Dialyse bei Versicherten ab vollendetem 18. LJ am Wohnort			Je durchgeführter Dialyse, höchstens 2x in der Kalenderwoche	Je Behandlungswoche 40823, 40825	nein		
	Preisstufe 1		161,90					
	Preisstufe 2		155,40					
	Preisstufe 3		139,20					
	Preisstufe 4		132,70					
40825	Kostenpauschale für Peritonealdialyse bei Versicherten ab vollendetem 18. LJ			Je Behandlungswoche	Je Behandlungswoche 40823, 40824, 40826, 40827, 40828	nein		505,40

Quellen

KBV-KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (HRSG.), 2019b, KBV-KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (HRSG.), 2017 und HERMANN, 2019a

Legende

Mit * markierte Anhänge, weitere Bestimmungen etc. beziehen sich auf den EBM und sind in diesem einzusehen.

Abkürzungen (ergänzend zum Abkürzungsverzeichnis auf Seite VI sowie zum allgemeinen Sprachgebrauch)

- BWK Brustwirbelkörper
- CW-Doppler Continuous Wave Doppler
- DeQS-RL Richtlinie des G-BA nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
- gem. gemäß
- HWK Halswirbelkörper
- HWS Halswirbelsäule
- LJ Lebensjahr
- LWK Lendenwirbelkörper
- mind. Mindestens
- Nb. Neben
- SWK Sakralwirbelkörper

Anhang 2 Glossar GOÄ

LP	LP Bezeichnung	steigerungsfähig	Abrechnungsbestimmung	Fakultative/Obligate Leistung	Abrechnungsaus-schlüsse	Zuschläge	Punktzahl	einfacher Gebührensatz	Gebühr=gesteigerter Gebührensatz	Art der Leistung	Bemerkungen
K1	Zuschlag zu den Untersuchungen nach den Nr. 5, 6, 7 und 8 bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	Nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig		O/F	K: E, F, G, H, J, K2, Nrn. 435, 790, 791, 792, 793		120	6,9945	6,99	Z	Alle nicht steigerungsfähigen Werte haben die Gebühr gleich dem Gebührensatz
1	Beratung – auch mittels Fernsprecher	K: Wenn die Dauer mind. 10 Min. beträgt und aus Abrechnungsgründen nicht nach der Nr. 3 abgerechnet werden kann, so ist ein höherer Steigerungsfaktor möglich (Begründung für die Überschreitung des Schwellenwertes ist die Zeitdauer). E: Faktorsteigerung auch möglich, wenn Beratung länger als 10 Min. dauert und zusätzlich Sonderleistungen abgerechnet werden.	K: Die Nr. 1 ist 1x bei einer Inanspruchnahme des Arztes berechnungsfähig. Auch wenn mehrere Krankheiten vorliegen, ist sie nb. Leistungen aus C-O nur 1x im Behandlungsfall berechnungsfähig. Wenn die Abrechnung mehrmals am Tag erfolgt, ist die Uhrzeitangabe erforderlich	O/F	K: 2, 3, 4, 20, 21 – 34, 45, 46, 48, 50, 51, 376 – 378, 435, 448, 449, 804, 806 – 808, 812, 817, 835, 849, 861 – 864, 870, 871, 886, 887, K1	K: A, B, C oder D	80	4,663	10,72	Ä	
3	Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung – auch mittels Fernsprecher (Dauer mind. 10 Min.)		Eine mehr als einmalige Berechnung im Behandlungsfall bedarf einer besonderen Begründung	O/F	K: Nr. 3 ist nur als einzige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Untersuchung nach Nr. 5, 6, 7, 8, 800 oder 801 berechnungsfähig	K: A-D	150	8,7431	20,11	Ä	K: Da die Beratung nach GOÄ Nr. 3 nicht nb. Untersuchungen möglich ist, kann aber bei erforderlichen Beratungen zur Diagnostik die GOÄ Nr. 1 mit einem erhöhten Steigerungssatz und entsprechender Begründung angesetzt werden.
5	Symptombezogene Untersuchung	K: Ist die Untersuchung dadurch aufwendiger, dass im Bereich mehrere Organsysteme untersucht werden, so ist ggf. eine Abrechnung unter Überschreitung des Schwellenwertes angemessen.	K: 1x im Rahmen desselben Arzt-Patienten-Kontaktes berechnungsfähig	O/F	6, 7, 8 K: 23 – 29, 45, 46, 50, 51, 61, 435, 448, 449, 600, 601, 1203, 1204, 1210 – 1213, 1217, 1228, 1240, 1400, 1401, 1414	K: A, B, C oder D, E,-H, J, K1, K2	80	4,663	10,72	Ä	

LP	LP Bezeichnung	steigerungsfähig	Abrechnungsbestimmung	Fakultative/Obligate Leistung	Abrechnungsaus-schlüsse	Zuschläge	Punktzahl	einfacher Gebührensatz	Gebühr-gesteigerter Gebührensatz	Art der Leistung	Bemerkungen
6	Vollständige körperliche Untersuchung mind. eines der folgenden Organsysteme: alle Augenabschnitte, der gesamte HNO-Bereich, das stomatognathe System, die Nieren und ableitenden Harnwege (bei Männern auch ggf. einschl. der männlichen Geschlechtsorgane) oder Untersuchung zur Erhebung eines vollständigen Gefäßstatus – ggf. einschl. Dokumentation			O/F	5, 7, 8. K: 11, 25 – 29, 45, 46, 61, 435, 448, 449, 600, 601, 1203, 1204, 1210 – 1213, 1217, 1228, 1240, 1400, 1401, 1414	K: A-D, E-H, J, K1, K2,	100	5,8287	13,41	Ä	
7	Vollständige körperliche Untersuchung mind. eines der folgenden Organsysteme: das gesamte Hautorgan, die Stütz- und Bewegungsorgane, alle Brustorgane, alle Bauchorgane, der gesamte weibliche Genitaltrakt (ggf. einschl. Nieren und ableitende Harnwege) – ggf. einschl. Dokumentation	K: Überschreitet die durchgeführte Untersuchung den Umfang der Nr. 7 GOÄ, bspw. durch vollständige Untersuchung von zwei Organsystemen, so kann der erhöhte Aufwand über eine angemessene Anhebung des Gebührensatzes berücksichtigt werden.		O/F	5, 6 und/oder 8. K: 23 – 29, 45, 46, 61, 435, 448, 449, 600, 601, 1203, 1204, 1228, 1240, 1400, 1401, 1414, 1730 K: Diese Leistung ist nicht eigenständig – auch nicht analog – berechenbar	K: A-D, E-H, J, K1, K2	160	9,326	21,45	Ä	
8	Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus, ggf. einschl. Dokumentation. Der Ganzkörperstatus beinhaltet die Untersuchung der Haut, der sichtbaren Schleimhäute, der Brust- und Bauchorgane, der Stütz- und Bewegungsorgane, sowie eine orientierende neurologische Untersuchung			O/F	5, 6, 7 und/oder 800. K: Zusätzlich 25, 26 – 29, 45, 46, 61, 435, 448, 449, 600, 601, 715, 801, 1203, 1204, 1228, 1240, 1400, 1401, 1414	A-D, E-H, J, K1, K2	260	15,1547	34,86	Ä	
15	Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken		Nur 1x im Kalenderjahr berechnungsfähig. K: Darf nicht im Krankenhaus berechnet werden	F	4 nicht im Behandlungsfall berechnungsfähig. K: 4, 20, 33, 34, 45, 46, 60, 435		300	17,4862	40,22	Ä	K: Kontinuierlich = ein Behandlungsfall = ein Monat

LP	LP Bezeichnung	steigerungsfähig	Abrechnungsbestimmung	Fakultative/Obligate Leistung	Abrechnungsaus-schlüsse	Zuschläge	Punktzahl	einfacher Gebührensatz	Gebühr-gesteigerter Gebührensatz	Art der Leistung	Bemerkungen
23	Erste Vorsorgeuntersuchung in der Schwangerschaft, Bestimmung Geburtstermin – einschl. Erhebung der Anamnese und Anlegen des Mutterpasses sowie Beratung der Schwangeren über die Mutterschaftsvorsorge, einschl. Hämoglobinbestimmung.	K: Die angegebenen Leistungen sollen möglichst an einem Tag erbracht werden. Ist dies nicht möglich und müssen so die Leistungen an unterschiedlichen Tagen erbracht werden, kann trotzdem nur insgesamt 1x die Nr. 23 berechnet werden und keinesfalls die jeweilige Einzelleistung.		O	1, 3, 5, 7 und/oder 3550. K: 11, 435		300	17,4862	40,22	Ä	K: Zusätzlich können noch 6, 8, 415, 3528, 3529, 4081, 4082 berechnet werden.
24	Untersuchung im Schwangerschaftsverlauf -einschl. Beratung und Bewertung der Befunde, ggf. auch im Hinblick auf Schwangerschaftsrisiken.			O	1, 3, 5 und/oder 7. K: 11, 435		200	11,6575	26,81	Ä	
27	Untersuchung einer Frau zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Brust, des Genitales, des Rektums und der Haut – einschl. Erhebung der Anamnese, Abstrichentnahme zur zytologischen Untersuchung, Untersuchung auf Blut im Stuhl und Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten, einschl. Beratung. Mit der Gebühr sind die Kosten für Untersuchungsmaterialien abgegolten.		K: Ergeben sich bei der Untersuchung Auffälligkeiten oder der Verdacht auf eine Erkrankung, so können alle erforderlichen Leistungen – z. B. Ultraschall, EKG, Lungenfunktion etc. – nb. der Früherkennungsuntersuchung abgerechnet werden. Die Diagnosen/Verdachtsdiagnosen sind zu nennen.	O	1, 3, 5, 6, 7, 8, 297, 3500, 3511, 3650 und/oder 3652. K: 11		320	18,6519	42,9	Ä	
29	Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei Erwachsenen – einschl. Untersuchung zur Erhebung des vollständigen Status (Ganzkörperstatus), Erörterung des individuellen Risikoprofils und verhaltensmedizinisch orientierter Beratung			O	1, 3, 5, 6, 7 und/oder 8 K: 11, 27, 28, 33, 34, 435		440	25,6464	58,99	Ä	

LP	LP Bezeichnung	steigerungsfähig	Abrechnungsbestimmung	Fakultative/Obligate Leistung	Abrechnungsaus-schlüsse	Zuschläge	Punktzahl	einfacher Gebührensatz	Gebühr-gesteigerter Gebührensatz	Art der Leistung	Bemerkungen
34	Erörterung (Dauer mind. 20 Min.) der Auswirkungen einer Krankheit auf die Lebensgestaltung in unmittelbarem Zusammenhang mit der Feststellung oder erheblicher Verschlimmerung einer nachhaltig lebensverändernden oder lebensbedrohenden Erkrankung – ggf. einschl. Planung eines operativen Eingriffs und Abwägung seiner Konsequenzen und Risiken; einschl. Beratung – ggf. unter Einbeziehung der Bezugspersonen	K: Überschreiten des Schwellenwertes (2,3) nur möglich, wenn Besonderheiten vorliegen, die speziell bei der Behandlung des Patienten aufgetreten sind. Die Begründung des Arztes muss dann das Vorliegen solcher Umstände deutlich machen	Innerhalb von 6 Monaten höchstens 2x berechnungsfähig	O/F	1, 3, 4, 15, und/ oder 30 K: 20, 21, 22, 31, 33, 435, 804, 806, 807 – 808, 812, 817, 835, 849, 861 – 864, 870, 871, 886, 887		300	17,4862	40,22	Ä	K: Präoperative Aufklärungsgespräche im Zusammenhang mit der Implantation von Knie- bzw. Hüftgelenkendoprothesen sowie der Dekompression von Nervenwurzeln an der Wirbelsäule auch für eine ausführliche Beratung/Erörterung bei einer palliativmedizinischen Versorgung
70	Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, Arbeitsfähigkeitsbescheinigung			O	K: 95, 96, 435		40	2,3315	5,36	Ä	K: Wird allerdings ein Befundbericht erwartet, der sich zur Anamnese und zum Verlauf der Krankheit äußert und sozialdiagnostische Erwägungen diskutiert und Therapieansätze, so handelt es sich nicht mehr um einen einfachen Befundbericht, sondern um einen ausführlichen Befundbericht, der nach der Nr. 75 berechnungsfähig ist
75	Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschl. Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und ggf. zur Therapie), die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht ist mit der Gebühr für die zugrundeliegende Leistung abgegolten			O	K: 60, 95, 96, 435		130	7,5773	17,43	Ä	
200	Verband – ausgenommen Schnell- und Sprühverbände, Augen-, Ohrenklappen oder Dreiecktücher						45	2,6229285	6,03	Ä	
200A	200: Verband – ausgenommen Schnell- und Sprühverbände, Augen-, Ohrenklappen oder Dreiecktücher. E: Okklusionstherapie gem. § 6 Abs. 2 GOÄ.			F			45	2,6229	6,03	Ä	

LP	LP Bezeichnung	steigerungsfähig	Abrechnungsbestimmung	Fakultative/Obligate Leistung	Abrechnungsaus-schlüsse	Zuschläge	Punktzahl	einfacher Gebührensatz	Gebühr-gesteigerter Gebührensatz	Art der Leistung	Bemerkungen
204	Zirkulärer Verband des Kopfes oder des Rumpfes (auch als Wundverband); stabilisierender Verband des Halses, des Schulter- oder Hüftgelenks oder einer Extremität über mind. zwei große Gelenke; Schanz'scher Halskrawattenverband; Kompressionsverband			O/F	K: 435		95	5,5373	12,74	Ä	K: Die genannten Verbände können entweder im Rahmen der Wundversorgung als Wundverbände oder zur Ruhigstellung angelegt werden. Die Leistungsbeschreibung ist auch erfüllt, wenn bei Kompressionsverbänden keine Gelenke einbezogen sind.
207	Tape-Verband eines großen Gelenks oder Zinkleimverband. K: Zu den großen Gelenken zählen Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie- und Fußgelenk.			F	K: 201, 204, 435		100	5,8287	13,41	Ä	K: Bei Zinkleimverbänden ggf. zusätzlich Nrn. 200 bzw. 204 abrechenbar.
210	Kleiner Schienenverband – auch als Notverband bei Frakturen.		K: Die Nr. 210 darf nb. jeder am selben Tag durchgeführten chirurgischen Leistung berechnet werden. Sie sind auch zusätzlich zu jedem anderen Verband berechnungsfähig	F	K: 200, 208, 228, 229, 237, 238, 435		75	4,3715	10,05	Ä	K: Abrechenbar für Cramer-Schiene, Stacksche Schiene, Pneumatische Unfallsschiene, kleiner Schienenverband. E: Kleiner Schienenverband = Schienenverband über ein Gelenk oder mehrere kleine Gelenke. E: SK gem. § 10 GOÄ berechnungsfähig.
211	Kleiner Schienenverband – bei Wiederanlegung derselben, ggf. auch veränderten Schiene			F	K: 200, 208, 228, 229, 237, 238, 435		60	3,4972	8,04	Ä	K: Wird der Schienenverband z.B. zu einer erforderlichen Wundversorgung entfernt und nach der Versorgung erneut angelegt, ohne dass Veränderungen am Schienenmaterial durchgeführt werden sollen, so ist nur die Nr. 211 berechnungsfähig. Wird allerdings die Schiene nicht wiederverwendet und eine neue Schiene erforderlich, so ist die Nr. 210 abrechenbar.
212	Schienenverband mit Einschluss von mind. zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) – auch als Notverband bei Frakturen			F	K: 200, 208, 228, 229, 237, 238		160	9,326	21,45	Ä	E: SK gem. § 10 GOÄ. K: Nicht für den Wundverband berechenbar

LP	LP Bezeichnung	steigerungsfähig	Abrechnungsbestimmung	Fakultative/Obligate Leistung	Abrechnungsaus-schlüsse	Zuschläge	Punktzahl	einfacher Gebührensatz	Gebühr-gesteigerter Gebührensatz	Art der Leistung	Bemerkungen
213	Schienenverband mit Einschluss von mind. zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) – bei Wiederanlegung derselben, ggf. auch veränderten Schiene			F	K: 200, 208, 228, 229, 237, 238		100	5,8287	13,41	Ä	K: Stellt sich beim Wiederanlegen des Schienenverbandes nach Nr. 213 heraus, dass die Modellierung einer neuen Schiene medizinisch erforderlich ist, so kann statt der Nr. 213 die Nr. 212 angesetzt werden
214	Abduktionsschienenverband – auch mit Stärke- oder Gipsfixation.			F	K: 200, 208, 228, 229, 237, 238		240	13,989	32,17	Ä	K: Beinhaltet Schienenverband in Abduktionsstellung zur Ruhigstellung z.B. des Schultergelenks, des Oberarms, Spreizvorrichtung im Bereich der Hüftgelenke (nach Hoffmann-Daimler), jedoch nicht sog. Aktivspreizhöschen; kann nicht als Wundverband abgerechnet werden. E: SK gem. § 10 GOÄ
228	Gipsschienenverband oder Gipsantoffel				K: 200, 208, 210 – 214, 237, 238		190	11,0746	25,47	Ä	
250	Blutentnahme mittels Spritze, Kanüle oder Katheter aus der Vene		K: Nr. 250 ist nur dann einmal abrechenbar, wenn bei derselben Entnahmesitzung eine weitere, erneute Punktion zur Blutgewinnung erforderlich ist		K: 200, 204, 250a, 262, 284, 285, 288, 289, 435, 451, 452, 478, 479, 1012 – 1014, 2029		40	2,3315	4,20	T	
251	Blutentnahme mittels einer Spritze oder einer Kanüle aus der Arterie			F	K: 200, 204, 284, 285, 288, 289, 435, 1012 – 1014, 2029		60	3,4972	8,04	Ä	K: Aderlass von mind. 200 ml wird nach Nr. 285 abgerechnet. Präoperative Blutentnahmen werden entsprechend nach Nr. 288 oder Nr. 289 abgerechnet
252	Injektion, subkutan, submukös, intrakutan oder intramuskulär.		K: Werden mehr subkutane, intrakutane oder intramuskuläre Injektionen mit verschiedenen Medikamenten durchgeführt, so ist die Nr. 252 mehrmals abrechenbar	F	K: 200, 270, 303, 375 – 378, 383 – 391, 435, 490 – 495		40	2,3315	5,36	Ä	K: Die intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung) ist nach der höher bewerteten Nr. 266 abzurechnen, die Hyposensibilisierungsbehandlung nach der höher bewerteten Nr. 263

LP	LP Bezeichnung	steigerungsfähig	Abrechnungsbestimmung	Fakultative/Obligate Leistung	Abrechnungsaus-schlüsse	Zuschläge	Punktzahl	einfacher Gebührensatz	Gebühr-gesteigerter Ge-bührensatz	Art der Lei-stung	Bemerkungen
254	Injektion, intraarteriell			F	K: 200, 204, 258, 277, 278, 350 – 361, 435, 2029		80	4,663	10,72	Ä	K: Wenn Kompressionsverband nötig ist, so kann dieser nach Nr. 204 zusätzlich berechnet werden
255	Injektion, intraartikulär oder perineur			F	K: 200, 204, 267 – 268, 300 – 303, 305, 305a, 372, 373, 435, 493		95	5,5373	12,74	Ä	K: Daneben sind 490 oder 491, 204, 290 abrechenbar. E: Facetteninjektion/Facetteninfiltration, je Injektion
269a	K: Akupunktur (Nadelstich-Technik) mit einer Mindestdauer von 20 Min. zur Behandlung von Schmerzen, je Sitzung.			O	269		350	20,4006	46,92	Ä	E: SK für Akupunkturnadeln gem. § 10 GOÄ berechnungsfähig
271	Infusion, intravenös, bis zu 30 Min. Dauer	K: Bei nur einem Gefäßzugang kann die Nr. 271 insgesamt nur 1x am selben Behandlungstag abgerechnet werden, unabhängig davon wie viele Infusionen nach Nr. 271 tatsächlich erfolgt sind – der besondere Aufwand könnte nur über den Gebührenrahmen geltend gemacht werden	K: Insgesamt kann die Nr. 271 nicht mehr als 2x je Behandlungstag unter der Voraussetzung, dass gesonderte Punktionen verschiedener Blutgefäße durchgeführt werden, berechnet werden. Am selben Behandlungstag können Infusionen zu unterschiedlichen Zeiten jeweils 2x berechnet werden.	F	K: 200, 204, 253, 272, 273, 274, 275, 276, 345 – 347, 435, 451, 452, 478, 479, 2029		120	6,9945	16,09	Ä	E: SK gem. § 10 GOÄ.
272	Infusion, intravenös, von mehr als 30 Min. Dauer	K: Bei nur einem Gefäßzugang kann die Nr. 272 insgesamt nur 1x am selben Behandlungstag abgerechnet werden, unabhängig davon wie viele Infusionen nach Nr. 272 tatsächlich erfolgt sind – der besondere Aufwand könnte nur über den Gebührenrahmen geltend gemacht werden	K: Insgesamt kann die Nr. 271 nicht mehr als 2x je Behandlungstag unter der Voraussetzung, dass gesonderte Punktionen verschiedener Blutgefäße durchgeführt werden, berechnet werden. Am selben Behandlungstag können Infusionen zu unterschiedlichen Zeiten jeweils 2x berechnet werden.	F	K: 200, 204, 253, 271, 273, 274, 275, 276, 345 – 347, 435, 451, 452, 478, 479, 2029		180	10,4917	24,13	Ä	E: SK gem. § 10 GOÄ.
274	Dauertropfinfusion, intravenös, von mehr als 6 Stunden Dauer – ggf. einschl. Infusionsplan und Bilanzierung		K: Erforderliche Gefäßpunktionen können nicht zusätzlich abgerechnet werden, da sie Bestandteil der Leistungen nach den Nrn. 270 bis 287 sind. Die Leistung nach Nr. 274 ist nur 1x je Behandlungstag berechnungsfähig	F	271 bis 273, 275 und/oder 276. K: 200, 204, 253, 271, 272, 273, 275, 276, 345 – 347, 435, 451, 452, 478, 479, 2029		320	18,6519	42,9	Ä	E: SK gem. § 10 GOÄ.

LP	LP Bezeichnung	steigerungsfähig	Abrechnungsbestimmung	Fakultative/Obligate Leistung	Abrechnungsaus-schlüsse	Zuschläge	Punktzahl	einfacher Gebührensatz	Gebühr-gesteigerter Gebührensatz	Art der Leistung	Bemerkungen
298	Entnahme und ggf. Aufbereitung von Abstrichmaterial zur mikrobiologischen Untersuchung – ggf. einschl. Fixierung. Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.		E: Je Abstrichort berechnungsfähig. K: Bei unterschiedlichen Materialien (Abstrichentnahme aus verschiedenen Körperregionen) können die Nrn. 298 auch jeweils mehrfach zur Abrechnung kommen.	F	K: 297, 435		40	2,3315	5,36	Ä	K: Die Nrn. 298 GOÄ stellen auf die jeweilige Abstrichentnahme eines Materials aus derselben Körperregion ab
300	Punktion eines Gelenks. K: Die Punktion nach Nr. 300 betrifft Finger- sowie Zehengelenke, Handgelenk und Sprunggelenk			F	K: 200, 301 – 303, 373, 2189 – 2196, 5050, 5060, 5070		120	6,9945	16,09	Ä	K: Punktionen im Bereich des inneren Schlüsselbeingelenkes (Sterno-Claviculargelenk) und des äußeren Schlüsselbeingelenkes (Arcromyoclavikulargelenk) sind ebenfalls nach den Nrn. 300 zu berechnen.
301	Punktion eines Ellenbogen-, Knie- oder Wirbelgelenks			F	K: 200, 373, 2189 – 2196, 5050, 5070		160	9,326	21,45	Ä	K: Infiltrationsanästhesie nach Nrn. 490 oder 491. Wenn erforderlich, zusätzlich Kompressionsverband nach Nr. 204
302	Punktion eines Schulter- oder Hüftgelenks			F	K: 200, 373, 2189 – 2196, 5050, 5060, 5070		250	14,5718	33,52	Ä	
344	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Injektion oder Infusion, bis zu 10 Min. Dauer			F	K: 5353 – 5355, 5359, 5360		100	5,8287	13,41	Ä	E: SK gem. §10 GOÄ berechnungsfähig. K: Nb. Nr. 344 ggf. Nrn. 5300 – 5313, 5329, 5330, 5370 bis 5375 abrechnen
345	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Injektion oder Infusion, von mehr als 10 Min. Dauer			F	K: 5353 – 5355, 5359, 5360		130	7,5773	17,43	Ä	E: SK gem. § 10 GOÄ berechnungsfähig. K: Nb. Nr. 345 ggf. Nrn. 5300 – 5313, 5329, 5330, 5370 bis 5375 abrechnen.
346	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Hochdruckinjektion			F	K: 5353 – 5355, 5359, 5360		300	17,4862	40,22	Ä	E: SK gem. §10 GOÄ berechnungsfähig K: Nb. Nr. 346 ggf. Nrn. 347, 5300 – 5313, 5329, 5330, 5370 bis 5375.
347	Ergänzung für jede weitere intravenöse Kontrastmitteleinbringung mittels Hochdruckinjektion bei bestehendem Zugang – im Zusammenhang mit der Leistung nach Nr. 346			F	K: 5353 – 5355, 5359, 5360		150	8,7431	20,11	Ä	E: SK gem. § 10 GOÄ berechnungsfähig.

LP	LP Bezeichnung	steigerungsfähig	Abrechnungsbestimmung	Fakultative/Obligate Leistung	Abrechnungsaus-schlüsse	Zuschläge	Punktzahl	einfacher Gebührensatz	Gebühr-gesteigerter Gebührensatz	Art der Leistung	Bemerkungen
360	Herzkatheter-Einbringung(en) und anschließende intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels nach selektiver arterieller Katheterplatzierung zur selektiven Koronarangiographie – einschl. Röntgenkontrolle und fortlaufender EKG-Kontrolle –, je Sitzung		Die Leistung nach Nr. 360 kann je Sitzung nur 1x berechnet werden	O	626 und/oder 627. K: 630, 632, 5345, 5346, 5348, 5349, 5355 – 5357		1000	58,2873	134,06	Ä	
361	Intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels nach erneuter Einbringung eines Herzkatheters zur Sondierung eines weiteren Gefäßes – im Anschluss an die Leistung nach Nr. 360		Die Leistung nach Nr. 361 ist je Sitzung nicht mehr als 2x berechnungsfähig	O	K: 260, 626, 627, 630, 632, 5345, 5346, 5348, 5349, 5355 – 5357		600	34,9724	80,44	Ä	
373	Einbringung des Kontrastmittels in ein Gelenk			F	K: 5050, 5060, 5070		250	14,5718	33,52	Ä	E: SK gem. § 10 GOÄ berechnungsfähig. K: Nb. Nr. 373 ggf. Nr. 5373.
403	Zuschlag zu den sonographischen Leistungen bei transkavitärer Untersuchung	K: Kann mit dem 1,8–2,5-fachen Satz berechnet werden		O/F	402, 676 - 692. K: 435		150	8,7431	15,74	Z	K: Nb. Nr. 403 sind die Nrn. 410, 415, 417 abrechenbar. E: Zusätzlich bis ca. 12. SSW berechnungsfähig, wenn Ultraschall transkavitär durchgeführt wird
404	Zuschlag zu Doppler-sonographischen Leistungen bei zusätzlicher Frequenzspektrumanalyse – einschl. graph. oder Bilddokumentation	Nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig		O	422, 423, 644, 645, 649 und/oder 1754. K: 435		250	14,5718	-	Z	
405	Zuschlag zu den Leistungen nach Nr. 415 oder 424 – bei zusätzlicher Untersuchung mit CW-Doppler.	Nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig		O	K: 410, 422, 423, 435, 644, 645, 649, 1754		200	11,6575	-	Z	K: Daneben sind 415, 424 abrechenbar
406	Zuschlag zu der Leistung nach Nr. 424 - bei zusätzlicher Farbkodierung.	Nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig		O	K: 401, 410, 422, 423, 435, 644, 645, 649, 1754		200	11,6575	-	Z	K: Daneben ist 424 abrechenbar
410	Ultraschalluntersuchung eines Organs. Das untersuchte Organ ist in der Rechnung anzugeben		K: Paarige Organe (z.B. Nieren etc.) gelten bei der Ultraschalluntersuchung als zwei jeweils eigenständige Organe, daher ist 410 im Regelfall 2x abzurechnen	O/F	K: 405, 406, 412, 413, 415, 417, 418, 435		200	11,6575	26,81	Ä	

LP	LP Bezeichnung	steigerungsfähig	Abrechnungsbestimmung	Fakultative/Obligatorische Leistung	Abrechnungsaus-schlüsse	Zuschläge	Punktzahl	einfacher Gebührensatz	Gebühr-gesteigerter Gebührensatz	Art der Leistung	Bemerkungen
415	Ultraschalluntersuchung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge – ggf. einschl. Biometrie und Beurteilung der Organentwicklung	E: Eine Faktorsteigerung ist gem. § 5 GOÄ oder bei Geminigravidität möglich		O	K: 406, 410, 412, 413, 417, 418, 435		300	17,4862	40,22	Ä	K: Nb. Nr. 415 sind die Nrn. 401, 403, 420 abrechenbar.
420	Ultraschalluntersuchung von bis zu drei weiteren Organen im Anschluss an eine der Leistung nach den Nrn. 410 bis 418, je Organ. Die untersuchten Organe sind in der Rechnung anzugeben		Die Nr. 420 kann je Sitzung höchstens 3x berechnet werden. K: Die Nr. 420 GOÄ ist maximal 3x auf je ein Organ bezogen mit je 80 Punkten, höchstens also mit 240 Punkten berechenbar	O/F	K: 402 – 406, 435		80	4,663	10,72	Ä	
423	Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung mittels Real-Time-Verfahren (B-Mode), mit Bilddokumentation – einschl. der Leistung nach Nr. 422			F	K:401, 404, 422, 424, 435, 650 – 655		500	29,1437	67,03	Ä	K: Daneben sind 402, 410 abrechenbar
424	Zweidimensionale Dopplerechokardiographische Untersuchung mit Bilddokumentation – einschl. der Leistung nach Nr. 423 (Duplex-Verfahren)			O	K: 401, 422, 423, 435, 650 – 655		700	40,8011	93,84	Ä	K: Wird analog verwendet für die Untersuchung der Strömungsverhältnisse mit Ultraschall-Doppler-Technik (Duplex Verfahren).
440	Zuschlag für die Anwendung eines Operationsmikroskops bei ambulanten operativen Leistungen	Nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.	Die Nr. 440 ist je Behandlungstag nur 1x berechnungsfähig.	O			400	23,3149	-	Z	
441	Zuschlag für die Anwendung eines Lasers bei ambulanten operativen Leistungen, je Sitzung.		Die Nr. 441 ist je Behandlungstag nur 1x berechnungsfähig	O			0	0		Z	Der Zuschlag nach Nr. 441 beträgt 100% des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung, jedoch nicht mehr als 67,49 Euro
442	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 250 bis 499 Punkten bewertet sind	Nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.	1x je Behandlungstag		K: 443 – 445		400	23,31	23,31	Z	
443	Zuschlag, ambulante Operation mit 500 bis 799 Punkten	Nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig	Der Zuschlag nach Nr. 443 ist je Behandlungstag nur 1x berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 443 ist nb. den Zuschlägen nach den Nrn. 442, 444 und/oder 445 nicht berechnungsfähig	O	K: 442, 444 und/oder 445		750	43,7155	-	Z	

LP	LP Bezeichnung	steigerungsfähig	Abrechnungsbestimmung	Fakultative/Obligatorische Leistung	Abrechnungsaus-schlüsse	Zuschläge	Punktzahl	einfacher Gebührensatz	Gebühr-gesteigerter Gebührensatz	Art der Leistung	Bemerkungen
445	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 1200 und mehr Punkten bewertet sind	Nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig	Die Nr. 445 ist je Behandlungstag nur 1x berechnungsfähig	O	442 - 444		2200	128,2321	-	Z	
446	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen, die mit Punktzahlen von 200 bis 399 bewertet sind.	Nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.	Die Nr. 446 ist je Behandlungstag nur 1x berechnungsfähig.	F	447		300	17,4862	-	Z	
447	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen, die mit 400 Punkten und mehr bewertet sind.	Nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.	Die Nr. 447 ist je Behandlungstag nur 1x berechnungsfähig.	F	446		650	37,8867	-	Z	K: Daneben sind 460, 462, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 481 abrechenbar. E: Zu 470, 471 und 472
470	Einleitung und Überwachung einer einzeitigen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder einzeitigen periduralen (epiduralen) Anästhesie, bis zu einer Stunde Dauer.		K: Es gilt die Zeit von der Einleitung der Anästhesie bis zum Ende der Überwachung. Wenn diese Zeit die angegebenen Zeiträume überschreitet, so sind z.B. statt Nr. 470 die Nr. 471 oder entsprechende folgende Nrn. anzusetzen.	F	K: 256, 257, 471 – 474	Bei ambulanter Anästhesie Zuschlag nach Nr. 447.	400	23,3149	53,62	Ä	E: Epidurale bzw. peridurale Therapie. E: SK gem. §10 GOÄ.
471	Einleitung und Überwachung einer einzeitigen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder einzeitigen periduralen (epiduralen) Anästhesie, bis zu zwei Stunden Dauer.		K: Es gilt die Zeit von der Einleitung der Anästhesie bis zum Ende der Überwachung.	F	K: 256, 257, 470, 472 – 474	Bei ambulanter Anästhesie Zuschlag nach Nr. 447.	600	34,9724	80,44	Ä	E: Epidurale bzw. peridurale Therapie. E: SK gem. §10 GOÄ.
472	Einleitung und Überwachung einer einzeitigen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder einzeitigen periduralen (epiduralen) Anästhesie, bei mehr als zwei Stunden Dauer.		K: Es gilt die Zeit von der Einleitung der Anästhesie bis zum Ende der Überwachung.	F	K: 256, 257, 470, 471, 473, 474	Bei ambulanter Anästhesie Zuschlag nach Nr. 447.	800	46,6298	107,25	Ä	E: Epidurale bzw. peridurale Therapie. E: SK gem. §10 GOÄ.
476	Einleitung und Überwachung einer supraklavikulären oder axillären Armplexus- oder Paravertebralanästhesie, bis zu einer Stunde Dauer.		K: Es gilt die Zeit von der Einleitung der Anästhesie bis zum Ende der Überwachung.	F		Bei ambulanter Anästhesie Zuschlag nach Nr. 446.	380	22,1492	50,94	Ä	E: Periradikuläre Therapie (PRT). E: SK gem. §10 GOÄ.
477	Überwachung einer supraklavikulären oder axillären Armplexus- oder Paravertebralanästhesie, jede weitere angefangene Stunde.		K: Es gilt die Zeit von der Einleitung der Anästhesie bis zum Ende der Überwachung.	F			190	11,0746	25,47	Ä	E: Periradikuläre Therapie (PRT). E: SK gem. §10 GOÄ.

LP	LP Bezeichnung	steigerungsfähig	Abrechnungsbestimmung	Fakultative/Obligate Leistung	Abrechnungsaus-schlüsse	Zuschläge	Punktzahl	einfacher Gebührensatz	Gebühr-gesteigerter Gebührensatz	Art der Leistung	Bemerkungen
485A	485: Lokalanästhesie des Trommelfells und/oder der Paukenhöhle. E: Hornhauttropfanästhesie gem. § 6 (2) GOÄ.			O	K 485: 435		46	2,6812	6,17	Ä	
490	Infiltrationsanästhesie kleiner Bezirke			O/F	252, 266, 267, 268, 435, 5050, 5060, 5070		61	3,5555	8,18	Ä	
491	Infiltrationsanästhesie großer Bezirke – auch Parazervikal-anästhesie				K: 252, 266, 267, 268, 435, 5050, 5060, 5070		121	7,0527633	16,22	Ä	
493	Leitungsanästhesie, perineural – auch nach Oberst		K: Höchstens 2x pro Finger oder Zehe abrechenbar.	O			61	3,5555	8,18	Ä	
602	Oxymetrische Untersuchung(en) (Bestimmung der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut) – ggf. einschl. Bestimmung(en) nach Belastung.		K: Die Leistung nach Nr. 602 kann innerhalb desselben Arzt- Patienten-Kontakts nur 1x abgerechnet werden.	O	K: 435, 606, 626 – 630, 632		152	8,8597	15,95	T	K: Findet analog Anwendung für die Sauerstofftherapie nach Ardenne. Nb. 602 ist Abrechnung der Nr. 614 möglich.
628	Herzkatheterismus mit Druckmessungen und oxymetrischen Untersuchungen – einschl. fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle – im zeitlichen Zusammenhang mit Leistungen nach den Nrn. 355 und/oder 360.		Die Leistung nach Nr. 628 ist je Sitzung nur 1x abrechnungsfähig.	O	602, 648, 650, 651, 3710, 5295		800	46,6298	107,25	Ä	
629A	K: Stressechokardiographie, nach Abrechnungsempfehlung der BÄK.			O			2000	116,5746	268,12	Ä	Hin und wieder tauchen andere analoge Bewertungen für die Stressechokardiografie auf. Die Empfehlung der BÄK hat jedoch den Vorteil, dass sie in der Mehrzahl der Fälle Anerkennung bei den erstatenden Stellen findet, auch wenn damals keine Einigung erzielt werden konnte.
630	Mikro-Herzkatheterismus unter Verwendung eines Einschwemmkatheters – einschl. Druckmessungen nebst fortlaufender EKG-Kontrolle; die Kosten für den Einschwemmkatheter sind mit der Gebühr abgegolten.			F	355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 K: 260, 626, 628, 632, 648, 3710, 5295, 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 K: 260, 630, 634		908	52,9249	121,73	Ä	K: Wird zusätzlich zu der Untersuchung eine Oxymetrie durchgeführt, so ist statt der Nr. 630 die höher bewertete Nr. 632 abzurechnen.

LP	LP Bezeichnung	steigerungsfähig	Abrechnungsbestimmung	Fakultative/Obligate Leistung	Abrechnungsaus-schlüsse	Zuschläge	Punktzahl	einfacher Gebührensatz	Gebühr-gesteigerter Gebührensatz	Art der Leistung	Bemerkungen
632	Mikro-Herzkatheterismus unter Verwendung eines Einschwenkkatheters – einschl. Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen nebst fortlaufender EKG-Kontrolle, ggf. auch unter Röntgen-Kontrolle; die Kosten für den Einschwenkkatheter sind mit der Gebühr abgegolten.			F			1210	70,5276	162,21	Ä	
645	Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den hirnversorgenden Arterien und den Periorbitalarterien mit direktonaler Ultraschall-Doppler-Technik – einschl. graphischer Registrierung.		K: Eine mehrfache Berechnung pro Sitzung ist auch bei beidseitiger Untersuchung nicht möglich.	O	K: 401, 404, 435, 643		650	37,8867	68,2	T	K: Der Leistungsumfang umfasst folgende hirnversorgende Arterien: – Carotis communis, bds. – Carotis externa, bds. – Carotis interna, bds. – Arteria vertebralis, bds. – Periorbitalarterien (ausschl. Darstellung der Strömungsrichtung).
645A	645: Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den hirnversorgenden Arterien und den Periorbitalarterien mit direktonaler Ultraschall-Doppler-Technik – einschl. graphischer Registrierung. E: Messung(en) Carotisdruk gem. §6(2) GOÄ.		K: Eine mehrfache Berechnung pro Sitzung ist auch bei beidseitiger Untersuchung nicht möglich.	O	K: 401, 404, 435, 643		650	37,8867	68,2	T	
647A	K: Bestimmung des Herzzeitvolumens mittels Thermodilutionsmethode – (analog Nr. 647 GOÄ) – nach Empfehlung von Analog-Ziffern der PVS			F			200	11,6575	20,98	T	
648	Messung(en) des zentralen Venen- oder Arteriendrucks, auch unter Belastung – einschl. Venen- oder Arterienpunktion, Kathetereinführung(en) und ggf. Röntgenkontrolle.		K: Wenn sowohl der Venen- als auch der zentrale Arteriendruck gemessen werden, ist die Ziffer 2x berechnungsfähig.	O	K: 260, 435, 626 – 630, 632, 5135 – 5140, 5295		605	35,2638	81,11	Ä	
650	Elektrokardiographische Untersuchung zur Feststellung einer Rhythmusstörung und/oder zur Verlaufskontrolle – ggf. als Notfall-EKG			F	K: 435, 600, 626 – 630, 632, 651 – 653, 655, 656, 659, 661		152	8,8597	15,95	T	K: Nr. 650 setzt eine entsprechende Indikation, Ausdrücke des EKGs und deren Auswertung voraus.

LP	LP Bezeichnung	steigerungsfähig	Abrechnungsbestimmung	Fakultative/Obligate Leistung	Abrechnungsaus-schlüsse	Zuschläge	Punktzahl	einfacher Gebührensatz	Gebühr-gesteigerter Gebührensatz	Art der Leistung	Bemerkungen
651	Elektrokardiographische Untersuchung in Ruhe – auch gegebenenfalls nach Belastung – mit Extremitäten- und Brustwandableitungen (mindestens neun Ableitungen)				K: 435, 600, 626 – 630, 632, 650, 652, 653, 656, 659, 661		253	14,7466869	26,54	T	
652	Elektrokardiographische Untersuchung unter fortschreibender Registrierung (mind. 9 Ableitungen) in Ruhe und bei physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung (Ergometrie) – ggf. auch Belastungsänderung.			F	K: 435, 600, 650, 651, 653, 656, 659, 661		445	25,9378	59,66	Ä	E: SK gem. §10 GOÄ berechnungsfähig
654	Langzeitblutdruckmessung von mind. 18 Stunden Dauer – einschl. Aufzeichnung und Auswertung.			F	K: 435		150	8,7431	15,74	T	
659	Elektrokardiographische Untersuchung über mind. 18 Stunden (Langzeit-EKG) – ggf. einschl. gleichzeitiger Registrierung von Puls und Atmung – mit Auswertung.	K: Den besonderen Schwierigkeiten, dem Aufwand und den Kosten kann durch eine Erhöhung des Steigerungssatzes Rechnung getragen werden.	K: Wird ein Langzeit-EKG über einen längeren Zeitraum als 18 Stunden geschrieben, so kann die Nr. 659 trotzdem nur 1x berechnet werden.	F	K: 435		400	23,3149	41,97	T	
715	Prüfung der kindlichen Entwicklung bezüglich der Grobmotorik, der Feinmotorik, der Sprache und des sozialen Verhaltens nach standardisierten Skalen mit Dokumentation des entsprechenden Entwicklungsstandes.			F	8 und 26 K: 800, 801, 856, 1555		220	12,8232	29,49	Ä	

LP	LP Bezeichnung	steigerungsfähig	Abrechnungsbestimmung	Fakultative/Obligate Leistung	Abrechnungsaus-schlüsse	Zuschläge	Punktzahl	einfacher Gebührensatz	Gebühr-gesteigerter Gebührensatz	Art der Leistung	Bemerkungen
792	Ärztliche Betreuung eines Patienten bei Hämodialyse als Zentrums- oder Praxisdialyse (auch als Feriendialyse) – auch als Hämofiltration oder Plasmapherese.		Nr. 792 ist je Dialyse bzw. Sitzung berechnungsfähig.	O	K: 790, 791, 793, Leistungen nach den Abschnitten B und C (mit Ausnahme der Leistungen nach Nr. 50 in Verbindung mit einem Zuschlag nach E, F, G und/oder H), 3550, 3555, 3557, 3558, 3562.H1, 3565.H1, 3574, 3580.H1, 3584.H1, 3585.H1, 3587.H1, 3592.H1, 3594.H1, 3595.H1, 3620, 3680, 3761, 4381		440	25,6464	58,99	Ä	E: SK gem. § 10 GOÄ berechnungsfähig.
800	Eingehende neurologische Untersuchung – ggf. einschl. der Untersuchung des Augenhintergrundes K: Eingehende neurologischen Untersuchung beinhaltet i.d.R. die Untersuchung der Hirnnerven, Reflexe, Motorik, Sensibilität, Koordination, hirnversorgender Gefäße und des Vegetativums.	K: Ein vollständiger psychiatrischer Status kann mit einem höheren Multiplikator abgerechnet werden.		O/F	8, 26, 825, 826, 830, 835 und 1400		195	11,366	26,14	Ä	E: Nb. der Nr. 800 ist die Nr. 801 am selben Tag abrechnungsfähig, wenn sowohl eine neurologische als auch eine psychiatrische Untersuchung durchgeführt wurde. K: Nach der Ansicht einiger Erstattungsstellen (PKV, Beihilfe etc.) könne die Nr. 800 nur bei vollständiger Erbringung aller aufgeführten Untersuchungen abgerechnet werden. Demgegenüber steht die Ansicht, dass die Leistung nach Nr. 800 schon dann berechnet werden kann, wenn mind. 3 der aufgelisteten Bereiche untersucht worden sind. Im Gegensatz zum EBM, der von der 'Erhebung des vollständigen neurologischen Status' spricht, wird hier nur von der eingehenden neurologischen Untersuchung gesprochen. Damit ist klar, dass auch eine „teilneurologische Untersuchung“ mit der GOÄ Nr. 800 abgerechnet werden kann.

LP	LP Bezeichnung	steigerungsfähig	Abrechnungsbestimmung	Fakultative/Obligate Leistung	Abrechnungsaus-schlüsse	Zuschläge	Punktzahl	einfacher Gebührensatz	Gebühr-gesteigerter Gebührensatz	Art der Leistung	Bemerkungen
807	Erhebung einer biographischen psychiatrischen Anamnese bei Kindern oder Jugendlichen unter Einschaltung der Bezugs- und Kontaktpersonen mit schriftlicher Aufzeichnung, auch in mehreren Sitzungen.		Nr. 807 ist im Behandlungsfall nur 1x berechnungsfähig.	F	K: 1, 3, 4, 22, 30, 34, 801, 817, 835, 860, 885		400	23,3149	53,62	Ä	
808	Einleitung oder Verlängerung der tiefenpsychologisch fundierten oder der analytischen Psychotherapie – einschl. Antrag auf Feststellung der Leistungspflicht im Rahmen des Gutachterverfahrens, ggf. einschl. Besprechung mit dem nichtärztlichen Psychotherapeuten.		Nr. 808 ist nur abrechenbar, wenn die Antragstellung im Rahmen eines Gutachterverfahrens erfolgt. Eine zusätzliche Berechnung der Nrn. 80 oder 85 ist dann ausgeschlossen.	F	1, 3, 22, 30, 34		400	23,3149	53,62	Ä	
856	Anwendung und Auswertung standardisierter Intelligenz- und Entwicklungstests (Staffeltests oder HAWIE(K), IST/Amthauer, Bühler-Hetzer, Binet-Simon, Kramer) mit schriftlicher Aufzeichnung, insgesamt.			F	715 - 718		361	21,0417	37,88	Ä	
857	Anwendung und Auswertung orientierender Testuntersuchungen (z.B. Fragebogentest nach Eysenck, MPQ oder MPI, Raven-Test, Sceno-Test, Wartegg-Zeichentest, Haus-Baum-Mensch, mit Ausnahme des sogenannten Lüscher-Tests), insgesamt.		K: Auch wenn mehrere Tests in einer Sitzung durchgeführt werden, ist die Abrechnung der Nr. 857 nur 1x möglich, dies verdeutlicht „insgesamt“.	O	716, 717		116	6,7613	16,9	Ä	
860	Erhebung einer biographischen Anamnese unter neurosenpsychologischen Gesichtspunkten mit schriftlicher Aufzeichnung zur Einleitung und Indikationsstellung bei tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie, auch in mehreren Sitzungen.		Die Nr. 860 ist im Behandlungsfall nur 1x berechnungsfähig.	O	807, 835		920	53,6243	123,24	Ä	
861	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten				K: 1, 3, 22, 30, 34, 862, 863, 864; 690		690	40,2182	92,5	Ä	K: Folgende Methoden können als Formen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie angewendet werden: Kurztherapie, Fokaltherapie, Dynamische Psychotherapie, Niederfrequente Therapie

LP	LP Bezeichnung	steigerungsfähig	Abrechnungsbestimmung	Fakultative/Obligatorische Leistung	Abrechnungsaus-schlüsse	Zuschläge	Punktzahl	einfacher Gebührensatz	Gebühr-gesteigerter Gebührensatz	Art der Leistung	Bemerkungen
861A	861: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Einzelbehandlung, Dauer mind. 50 Min. K: 861A bei Kunst- und Körpertherapie.			O	K: 1, 3, 22, 30, 34, 862, 863, 864		690	40,2182	92,5	Ä	
863A	863: Analytische Psychotherapie, Einzelbehandlung, Dauer mind. 50 Min.			O	K: 1, 3, 22, 30, 34, 861, 862, 864		690	40,2182	92,5	Ä	
870	Verhaltenstherapie, Einzelbehandlung, Dauer mind. 50 Min. – ggf. Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mind. 25 Min.	K: Erhebliche Überschreitungen der Mindestzeit können lediglich zum Ansatz eines höheren Steigerungsfaktors führen.	K: Nr. 870 gestattet keinen mehrfachen Ansatz der Gebühr bei Behandlungen, die die Mindestdauer überschreiten.	O	K: 1, 3, 22, 30, 34, 871		750	43,7155	100,55	Ä	K: Nb. der Nr. 870 kann u.a. abgerechnet werden: Erhebung biografischer Anamnese –Nr. 860 analog, Einleitung/Verlängerung der Verhaltenstherapie – Nr. 808 analog. Die neuropsychologische Therapie kann nach Nr.870 analog berechnet werden.
870A	870: Verhaltenstherapie, Einzelbehandlung, Dauer mind. 50 Min. – ggf. Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mind. 25 Min. K: Neuropsychologische Therapie.	K 870: Erhebliche Überschreitungen der Mindestzeit können lediglich zum Ansatz eines höheren Steigerungsfaktors führen.	K 870: Nr. 870 gestattet keinen mehrfachen Ansatz der Gebühr bei Behandlungen, die die Mindestdauer überschreiten.	O	K: 1, 3, 22, 30, 34, 871		750	43,7155	100,55	Ä	K: Nb. der Nr. 870 kann u. a. abgerechnet werden: Erhebung biografischer Anamnese –Nr. 860 analog, Einleitung/Verlängerung der Verhaltenstherapie – Nr. 808 analog. Die neuropsychologische Therapie kann nach Nr.870 analog berechnet werden.
1070	Kolposkopie			O			73	4,255	9,79	Ä	
1075	Vaginale Behandlung – auch einschl. Einbringung von Arzneimitteln in die Gebärmutter, Ätzung des Gebärmutterhalses und/oder Behandlung von Portioerosionen.			O	K: 1042, 1081, 1082		45	2,6229	6,03	Ä	K: Kombinierbar z.B. mit Leistungen nach den Nrn. 1, 5, 6, 7, 8, 1070, 1087, 1088 und Vorsorge-Untersuchungen.
1200	Subjektive Refraktionsbestimmung mit sphärischen Gläsern.			F	K: Die Ziffern 1200 und 1201 sind nebeneinander berechnungsfähig, wenn nur ein Auge Astigmatismus aufweist. Dann wird beim anderen Auge 1201 abgerechnet.		59	3,439	7,91	Ä	

LP	LP Bezeichnung	steigerungsfähig	Abrechnungsbestimmung	Fakultative/Obligate Leistung	Abrechnungsaus-schlüsse	Zuschläge	Punktzahl	einfacher Gebührensatz	Gebühr-gesteigerter Gebührensatz	Art der Leistung	Bemerkungen
1200A	1200: Subjektive Refraktionsbestimmung mit sphärischen Gläsern. E: A7002 Qualitative Aniseikonieprüfung mittels einfacher Trennverfahren (analog Nr. 1200 GOÄ) – nach Verzeichnis analoger Bewertungen der BÄK			F			59	3,439	7,91	Ä	K: Die Untersuchung A7002 kann nur bei besonderer Begründung z. B. Katarakt-Chirurgie bzw. Implantation einer intraocularen Linse und dann auch zusätzlich zur Kernleistung nach 1200 berechnet werden.
1201	Subjektive Refraktionsbestimmung mit sphärischen-zylindrischen Gläsern.			F	K: Die Ziffern 1200 und 1201 sind nebeneinander berechnungsfähig, wenn nur ein Auge Astigmatismus aufweist. Dann wird beim anderen Auge 1201 abgerechnet.		89	5,1876	11,93	Ä	
1202	Objektive Refraktionsbestimmung mittels Skiaskopie oder Anwendung eines Refraktometers.			F	K: 1210 – 1213		74	4,3133	9,92	Ä	K: Nb. 1202 können die Leistungen 1200 oder 1201 berechnet werden.
1203	Messung der Maximal- oder Gebrauchssakkommodation mittels Akkommodometer oder Optometer. K: Leistungsinhalt der Nr. 1203 ist auch mit der dynamischen Nahbrillenbestimmung nach Reiner erfüllt.			F	K: 5 - 8		60	3,4972	8,04	Ä	K: Zur Früherkennung von Amblyopie und Strabismus sind die Leistungen u.a. nach den Nrn. 1200, 1201, 1202, 1203, 1216 und die Untersuchungen nach Nr. 6 abrechenbar.
1204	Messung der Hornhautkrümmungsradien.		K: Bei irregulärem Astigmatismus eine mehrmalige Untersuchung und Abrechnung möglich.	F	K: 5-8, 1210-1213		45	2,6229	6,03	Ä	K: Leistung nach Nr. 1204 gerade in der Kontaktlinsenanpassung, aber auch bei unklaren Visusminderungen sinnvoll, besser aber die Untersuchung mit dem Keratographen – Abrechnung nach A 7009 analog Nr. 415.
1207	Prüfung von Mehrstärken- oder Prismenbrillen mit Bestimmung der Fern- und Nahpunkte bei subjektiver Brillenunverträglichkeit.		K: Bei Messung mehrerer Brillen mehrfach absetzbar.	F			70	4,0801	9,38	Ä	E: Mehrfachabrechnung lt. Leistungstext nicht möglich – Text im Plural K: Die Leistung ist auch bei Messung von Einstärkenbrillen absetzbar.

LP	LP Bezeichnung	steigerungsfähig	Abrechnungsbestimmung	Fakultative/Obligate Leistung	Abrechnungsaus-schlüsse	Zuschläge	Punktzahl	einfacher Gebührensatz	Gebühr=gesteigerter Gebührensatz	Art der Leistung	Bemerkungen
1209	Nachweis der Tränensekretionsmenge z.B. Schirmer-Test. Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.			F			20	1,1657	2,68	Ä	
1209A	K: Bestimmung der break-up-time.			F			20	1,1657	2,68	Ä	E: Gem. § 6(2) GOÄ.
1216	Untersuchung auf Heterophorie bzw. Strabismus – ggf. einschl. Untersuchung binokularer Sehaktes.			F			91	5,3041	12,2	Ä	K: Zur Früherkennung von Amblyopie und Strabismus sind die Nrn. 1200, 1201, 1202, 1216, ggf. 1203 und 1217 abrechenbar.
1217	Qualitative/quantitative Untersuchung des binokularen Sehaktes.			O/F	5 und/oder 6		242	14,1055	32,44	Ä	K: Nr. 1217 kommt erst in Frage, wenn bei der Untersuchung nach Nr. 1216 ein krankhafter Befund erhoben wurde. Dies wird im Wesentlichen durch die Diagnose begründet.
1217A	1217: Qualitative/ quantitative Untersuchung des binokularen Sehaktes E: A7024 BÄK K: A7024: Differenzierende Analyse der Augenstellung beider Augen mittels Messung von Horizontal-, Vertikal- und Zyklodeviation an Tangentenskalen in 9 Blickrichtungen, einschl. Kopfeigetest (analog Nr. 1217 GOÄ) – nach Verzeichnis analoger Bewertungen der BÄK. A7023: Messung der Zyklotropie mittels haploskopischer Verfahren und/ oder Laserscanning Ophthalmoskopie (analog Nr. 1217 GOÄ) – nach Verzeichnis analoger Bewertungen der BÄK. A7028: Untersuchung und Beurteilung einer okulär bedingten Kopfwangshaltung, bspw. mit Prismenadaptionstest oder Disparometer (analog 1217 GOÄ) – nach Verzeichnis analoger Bewertungen der BÄK.			F	1217: 5 und/oder 6		242	14,1055	32,44	Ä	

LP	LP Bezeichnung	steigerungsfähig	Abrechnungsbestimmung	Fakultative/Obligate Leistung	Abrechnungsaus-schlüsse	Zuschläge	Punktzahl	einfacher Gebührensatz	Gebühr-gesteiger-ter Ge-bührensatz	Art der Lei-stung	Bemerkungen
1225A	1225: Kampimetrie (z. B. Bjerrum) – auch Perimetrie nach Förste E: A7001 BÄK, K: A7001: Untersuchung der alters- oder erkrankungsbedingten Visusäquivalenz, z.B. bei Amblyopie, Medientrübung oder fehlender Mitarbeit (analog Nr. 1225 GOÄ) – nach Verzeichnis analoger Bewertungen der BÄK. A7019: Prismenadaptionstest vor Augenmuskeloperationen, je Sitzung, (analog Nr. 1225 GOÄ) – nach Verzeichnis analoger Bewertungen der BÄK.	E: Bei Kindern kann diese Untersuchung zeitaufwändiger und schwieriger sein, daher ist eine Faktorsteigerung möglich.		F	K 1225: Nach Kommentar von Brück: 1226, 1227, nach Vorstellungen des BVA allerdings nb. Nr. 1226 oder 1227 abrechenbar		121	7,0528	16,22	Ä	K: Oft zusätzlich zur Refraktionsbestimmung absetzbar
1227	Quantitativ abgestufte (statische) Profilperimetrie	E: Bei Kindern kann diese Untersuchung zeitaufwändiger und schwieriger sein, daher ist eine Faktorsteigerung möglich.		O	E: 1225, 1227 K: 1225, 1227 nicht abrechnungsfähig, nach BVA 1225 nb. 1226 oder 1227 abrechenbar		248	14,4553	33,25	Ä	
1228	Farbsinnprüfung mit Pigmentproben (z.B. Farbtafeln)	E: Bei Kindern kann diese Untersuchung schwieriger und zeitaufwändig sein, daher ist eine Faktorsteigerung möglich.		F	E: 5 - 8		61	3,5555	8,18	Ä	
1228A	1228: Farbsinnprüfung mit Pigmentproben (z.B. Farbtafeln) E: Orientierender Sehtest mit Buchstaben- oder Bildertafeln gem. § 6(2) GOÄ 1228; m.E. nur Analogabgriff möglich	E: Bei Kindern kann diese Untersuchung aufwändiger und schwieriger sein, daher ist eine Faktorsteigerung möglich.		O	1228 K: 5 – 8		61	3,5555	8,18	Ä	
1229	Farbsinnprüfung mit Anomalskop			F			182	10,6083	24,4	Ä	
1235	Untersuchung des Dämmerungsehens während der Blendung			F	K: 1233		91	5,3041	12,2	Ä	
1236	Untersuchung des Dämmerungsehens nach der Blendung (Readaption)			F	K: 1233		91	5,3041	12,2	Ä	
1240	Spaltlampenmikroskopie der vorderen und mittleren Augenabschnitte – ggf. einschl. der binokularen Untersuchung des hinteren Poles (z.B. Hruby-Linse).			F	K: 5-8, 1210-1213,1242		74	4,3133	9,92	T	

LP	LP Bezeichnung	steigerungsfähig	Abrechnungsbestimmung	Fakultative/Obligate Leistung	Abrechnungsaus-schlüsse	Zuschläge	Punktzahl	einfacher Gebührensatz	Gebühr-gesteigerter Gebührensatz	Art der Leistung	Bemerkungen
1241	Gonioskopie			F			152	8,8597	20,38	Ä	
1242	Binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes einschl. der äußeren Peripherie (z.B. Dreispiegelkontaktglas, Schleppens) – ggf. einschl. Spaltlampenmikroskopie der vorderen und mittleren Augenabschnitte und/ oder diasklerale Durchleuchtung			O/F	K: 1240		152	8,8597	20,38	Ä	
1256	Tonometrische Untersuchung mit Anwendung des Applanations-tonometers		K: Ziffer darf bis zu 3x berechnet werden z.B. bei Tensions-Tagesprofil oder bei Provokationstest. Bei mehr als 3 Messungen 1257.	F	K: 1255, 1257, 1262, 1263		100	5,8287	10,49	T	K: Sinnvoll nb. 1256 die Hornhautpachymetrie nach 410A und 420A mit Angabe des Korrekturkoeffizienten.
1268	Aktive Behandlung der Schwachsichtigkeit (Pleoptik) mittels Spezial-Opthalmoskop, Mindestdauer 20 Min.			F			152	8,8597	15,95	T	
1269	Behandlung einer gestörten Binokularfunktion (Orthoptik) mit Geräten nach dem Prinzip des Haploskops (z. B. Synoptophor, Amblyoskop), Mindestdauer 20 Min.			F			152	8,8597	15,95	T	
1375	Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars mittels gesteuerten Saug-Spül-Verfahrens oder Linsenverflüssigung (Phakoemulsifikation) – ggf. einschl. Iridektomie –, mit Implantation einer intraokularen Linse	K: Bei schwierigen Manipulationen am Kapselsack ist ggf. eine Überschreitung des Schwellenwertes nötig.		O	K: 1320, 1349, 1350, 1351, 1352, 1356		3500	204,0056	469,21	Ä	E: SK gem. § 10 GOÄ berechnungsfähig. K: Ggf. Zuschlag nach Nr. 445, zusätzlich Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar
1403	Tonschwellenaudiometrische Untersuchung, auch beidseitig, (Bestimmung der Hörschwelle mit 8 bis 12 Prüffrequenzen oder mittels kontinuierlicher Frequenzänderung mit Hauptfrequenzbereich des menschlichen Gehörs, in Luft- und in Knochenleitung, auch mit Vertäubung) – auch mit Bestimmung der Intensitätsbreite und ggf. einschl. überschwelliger audiometrischer Untersuchung			O	K: 1400, 1401, 1406		158	9,2094	16,58	T	

LP	LP Bezeichnung	steigerungsfähig	Abrechnungsbestimmung	Fakultative/Obligate Leistung	Abrechnungsaus-schlüsse	Zuschläge	Punktzahl	einfacher Gebührensatz	Gebühr-gesteigerter Gebührensatz	Art der Leistung	Bemerkungen
1404	Sprachaudiometrische Untersuchung, auch beidseitig, (Ermittlung des Hörverlustes für Sprache und des Diskriminationsverlustes nach DIN-Norm, getrennt für das rechte und linke Ohr über Kopfhörer, erforderlichenfalls auch über Knochenleitung, ggf. einschl. Prüfung des beidohrigen Satzverständnisses über Lautsprecher)			O	1400, 1401 K: 1406		158	9,2094	16,58	T	
1405	Sprachaudiometrische Untersuchung zur Kontrolle angepasster Hörgeräte im freien Schallfeld		K: Die Leistung nach Nr. 1405 ist für beide Ohren zusammen nur 1x ansatzfähig.	O			63	3,6721	6,61	T	
1407	Impedanzmessung am Trommelfell und/ oder an den Binnenohrmuskeln (z.B. Stapedius-Lautheitstest), auch beidseitig	E: Die Untersuchung ist bei Kindern zeitaufwändiger und schwieriger, daher ist eine Faktorsteigerung möglich.		O			182	10,6083	24,4	Ä	
1415	Binokularmikroskopische Untersuchung des Trommelfells und/ oder der Paukenhöhle zwecks diagnostischer Abklärung, als selbständige Leistung			O/F			91	5,3041	12,2	Ä	K: Nicht für die routinemäßige binokularmikroskopische Untersuchung von Trommelfell und/ oder Paukenhöhle abrechenbar. Nur wenn es um die diagnostische Abklärung krankhafter Veränderungen geht, ist die Leistung berechnungsfähig.
1418	Endoskopische Untersuchung der Nasenhaupthöhlen und/ oder des Nasenrachenraums – ggf. einschl. der Stimmbänder			F	1466		180	10,4917	24,13	Ä	
1530	Untersuchung des Kehlkopfes mit dem Laryngoskop			F	K: 435, 462, 463, 1529, 1532, 1533		182	10,6083	24,4	Ä	K: Nr. 1530 analog für die Kehlkopfendoskopie, einschl. Lupen-Endoskopie ansetzen.
1787	Kombinierte Zystourethroskopie	K: Den durch die Anwendung eines flexiblen Instruments verbundenen höheren Kosten (im Vergleich zur Verwendung eines starren Instruments) kann durch die Wahl eines höheren Gebührensatzes entsprochen werden		F	K: 1700, 1701, 1702, 1708, 1712, 1728 – 1733, 1785, 1786, 1789, 1800, 1802, 1803		252	14,6884	33,78	Ä	

LP	LP Bezeichnung	steigerungsfähig	Abrechnungsbestimmung	Fakultative/Obligate Leistung	Abrechnungsaus-schlüsse	Zuschläge	Punktzahl	einfacher Gebührensatz	Gebühr-gesteigerter Gebührensatz	Art der Leistung	Bemerkungen
1791	Tonographische Untersuchung der Harnblase und/ oder Funktionsprüfung des Schließmuskels einschl. Katheterisierung,			F	K: 1728 – 1733		148	8,6265	19,84	Ä	E: Zzgl. SK gem. § 10 GOÄ
1792	Uroflowmetrie einschl. Registrierung			F			212	12,3569	28,42	Ä	E: Zzgl. SK gem. § 10 GOÄ. K: Nb. Nr. 1791 abrechenbar
1794	Simultane, elektromanometrische Blasen- und Abdominaldruckmessung mit fortlaufender Registrierung – einschl. physikalischer Provokationstests. Die Injektion pharmakodynamischer wirksamer Substanzen ist gesondert berechnungsfähig.			F	1793. K: 1700, 1701, 1710, 1728 – 1733,		680	39,6354	91,16	Ä	E: Zzgl. SK gem. § 10 GOÄ
2007	Entfernung von Fäden oder Klammern						40	2,331492	5,36	Ä	
2007A	2007: Entfernung von Fäden oder Klammern. K: 2007A Entfernung von Drainagen, Antibiotikaketten und Venenkather			O			40	2,3315	5,36	Ä	
2029	Anlegen einer pneumatischen Blutleere oder Blutsperrung an einer Extremität		Nur 1x pro Behandlungsfall	O			50	2,9144	6,7	Ä	
2050	Fingerverlängerung mittels Knochentransplantation einschl. Fernlappenplastik			O	K: 2255, 2380-2383		1800	104,9171	241,31	Ä	
2051	Operation eines Ganglions (Hygroms) an einem Hand- oder Fußgelenk			O	K: 2255, 2404, 2405		600	34,9724	80,44	Ä	
2070	Muskelkanalbildung(en) oder Operation des Karpal- oder Tarsaltunnelsyndroms mit Dekompression von Nerven				K: 2072, 2084, 2565, 2566		1660	96,756918	222,54	Ä	
2072	Offene Sehnen- oder Muskeldurchschneidung				K: 2064, 2070, 2073, 2080, 2087, 2088, 2089		463	26,9870199	62,07	Ä	
2804	Druckmessung(en) am freigelegten Blutgefäß			O			253	14,7467	33,92	Ä	
3300	Arthroskopie – gegebenenfalls mit Probeexzision				K: 300 – 302, 2189 – 2196		500	29,14365	67,03	Ä	

LP	LP Bezeichnung	steigerungsfähig	Abrechnungsbestimmung	Fakultative/Obligate Leistung	Abrechnungsaus-schlüsse	Zuschläge	Punktzahl	einfacher Gebührensatz	Gebühr-gesteigerter Gebührensatz	Art der Leistung	Bemerkungen
3305	Chiropraktische Wirbelsäulenmobilisierung		K: Bezieht sich auf die gesamte Wirbelsäule und nicht auf Teilabschnitte, sie kann daher je Sitzung nur 1x berechnet werden, auch dann nur wenn z.B. BWS und LWS in einer Sitzung behandelt werden.	F	K: 3306		37	2,1566	4,96	Ä	
3501	Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (BKS, BSG)						60	3,497238	4,02	L	
3511	Untersuchung eines Körpermaterials mit vorgefertigten Reagenzträgern oder Reagenzzubereitungen und visueller Auswertung (z.B. Glukose, Harnstoff, Urintest-streifen), qualitativ oder semiquantitativ, auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers, je Untersuchung		K: Können mehrere Messgrößen durch Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers erfasst werden, so ist die Leistung nach Nr. 3511 auch dann nur 1x berechnungsfähig, wenn mehrere Einfachreagenzträger verwandt wurden. Bei mehrfacher Berechnung der Leistung nach Nr. 3511 ist die Art der Untersuchung in der Rechnung anzugeben	F	K: 27, 28		50	2,9144	3,35	L	
3514	Glukose						70	4,080111	4,69	L	
3519	Kalium						70	4,080111	4,69	L	
3524	Untersuchung folgender Messgrößen unabhängig vom Messverfahren, C-reaktives Protein (CRP)			O			100	5,8287	6,7	L	K: Eine quantitative Bestimmung von CRP wird nach Nr. 3741 berechnet.
3531	Urinsediment			F			70	4,0801	6,7	L	Bemerkung: Im Kommentar mit 100 Punkten angegeben, aber in allen anderen Versionen der GOÄ mit 70 Punkten
3550	Blutbild und Blutbildbestandteile		Aus demselben Probenmaterial nur einmal berechnungsfähig		K: 23		60	3,497238	4,03	L	
3551	Differenzierung der Leukozyten, elektronisch-zytometrisch, zytochemisch-zytometrisch oder mittels mechanisierter Mustererkennung (Bildanalyse), zusätzlich zu der Leistung nach Nummer 3550						20	1,165746	1,34	L	

LP	LP Bezeichnung	steigerungsfähig	Abrechnungsbestimmung	Fakultative/Obligate Leistung	Abrechnungsaus-schlüsse	Zuschläge	Punktzahl	einfacher Gebührensatz	Gebühr=gesteigerter Gebührensatz	Art der Leistung	Bemerkungen
3555	Calcium						40	2,331492	2,68	L	
3557	Kalium				K: 437		30	1,748619	2,01	L	
3558	Natrium						30	1,748619	2,01	L	
3560	Glukose						40	2,331492	2,68	L	
3561	Glykierte Hämoglobine (HbA1, HbA1c)			O			200	11,6575	13,41	L	
3580	Anorganisches Phosphat						40	2,331492	2,68	L	
3581	Bilirubin, gesamt						40	2,331492	2,68	L	
3584	Harnstoff (Harnstoff-N, BUN)						40	2,331492	2,68	L	
3585	Kreatinin						40	2,331492	2,68	L	
3592	Gamma-Glutamyltranspeptidase (Gamma-Glutamyltransferase, Gamma-GT)						40	2,331492	2,68	L	
3595	Glutamatpyruvattransaminase (GPT, Alaninaminotransferase, ALAT, ALT)						40	2,331492	2,68	L	
3597	Laktatdehydrogenase (LDH)						40	2,331492	2,68	L	
3598	Lipase						50	2,914365	2,91	L	
3741	C-Reaktives Protein (CRP), Ligandenassay - ggf. einschl. Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve - Immunodiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden			O			200	11,6575	13,41	L	E: Beachte allg. Bestimmungen Abschnitt M – Speziallabor*
3742	Ferritin, Ligandenassay - ggf. einschl. Doppelbestimmung und aktuelle Bezugskurve			O			250	14,5718	16,76	L	E: Beachte allg. Bestimmungen Abschnitt M – Speziallabor*
3959A	K: Thrombinkoagulasezeit			F			100	5,8287	6,7	L	
4030	Hormonbestimmung mittels Ligandenassay - ggf. einschl. Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve; Thyreoidea stimulierendes Hormon (TSH)			O			250	14,5718	16,76	L	E: Beachte allg. Bestimmungen Abschnitt M – Speziallabor*

LP	LP Bezeichnung	steigerungsfähig	Abrechnungsbestimmung	Fakultative/Obligate Leistung	Abrechnungsaus-schlüsse	Zuschläge	Punktzahl	einfacher Gebührensatz	Gebühr-gesteigerter Gebührensatz	Art der Leistung	Bemerkungen
4138	25-Hydroxy-Vitamin D (25-OH-D, D2), Ligandenassay, einschl. Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve			O			480	27,9779	32,17	L	E: Beachte allg. Bestimmungen Abschnitt M – Speziallabor*
4144	Untersuchung von Vitaminen mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie, 25-Hydroxy-Vitamin D (25-OH-D, D2)			O			570	33,2238	38,21	L	E: Beachte allg. Bestimmungen Abschnitt M – Speziallabor*
4200	Antiepileptika (Ethosuximid und/oder Phenobarbital und/oder Phenytoin und/oder Primidon)		Je Untersuchung				360	20,983428	24,13	L	
4590	Clostridium difficile, tetani oder botulinum						250	14,571825	16,76	L	
4648	Ligandenassay (z. B. Enzym- oder Radioimmunoassay) – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve, zum Nachweis von viralen Antigenen im Nativmaterial, Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		Je Untersuchung				250	14,571825	16,76	L	
5030	Oberarm, Unterarm, Ellenbogengelenk, Oberschenkel, Unterschenkel, Kniegelenk, ganze Hand oder ganzer Fuß, Gelenke der Schulter, Schlüsselbein, Beckenteilaufnahme, Kreuzbein oder Hüftgelenk, jeweils in zwei Ebenen				K: 5035, 5110, 5111		360	20,983428	37,77	T	
5030a	5030a: Oberarm, Unterarm, Ellenbogengelenk, Oberschenkel, Unterschenkel, Kniegelenk, ganze Hand oder ganzer Fuß, Gelenke der Schulter, Schlüsselbein, Beckenteilaufnahme, Kreuzbein oder Hüftgelenk, jeweils in zwei Ebenen				5030 K: 5035, 5110, 5111		360	20,983428	37,77	T	
5266	Mammographie einer Seite, in zwei Ebenen		E: Bei beidseitiger Mammographie Leistung nach Nr. 5266 2x berechenbar.	O	K: 5265		450	26,2293	47,21	T	K: Nb. Nr. 5266 ist die Nr. 5267 abrechenbar

LP	LP Bezeichnung	steigerungsfähig	Abrechnungsbestimmung	Fakultative/Obligate Leistung	Abrechnungsaus-schlüsse	Zuschläge	Punktzahl	einfacher Gebührensatz	Gebühr-gesteiger-ter Ge-bührensatz	Art der Lei-stung	Bemerkungen
5267	Ergänzende Ebene(n) oder Spezialprojektion(en) im Anschluss an die Leistung nach Nr. 5266		K: Die Leistung nach Nr. 5267 ist grundsätzlich in einer Sitzung nicht mehrfach berechnungsfähig, auch nicht bei beidseitiger Mammographie.	O	K: 5265		150	8,7431	15,74	T	
5298	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nr. 5010 bis 5290 bei Anwendung digitaler Radiographie (Bildverstärker-Radiographie). Der Zuschlag nach Nr. 5298 beträgt 25% des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung.			O			0	0		Z	
5325	Selektive Koronarangiographie aller Herzkranzgefäße oder Bypässe mittels Cinetechnik, eine Serie			O	626, 627, 629, 630, 632, 5300, 5301, 5302, 5313, 5315, 5316, 5317, 5318, 5324, 5355, 5356		3000	174,8619	314,75	T	
5326	Selektive Koronarangiographie eines oder aller Herzkranzgefäße im Anschluss an die Leistungen nach den Nrn. 5324 oder 5325, zweite bis fünfte Serie, je Serie			O	626, 627, 629, 630, 5300, 5301, 5302, 5313, 5315, 5316, 5317, 5318, 5355, 5356		400	23,3149	41,97	T	
5335	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 5300 bis 5331 (Venographie einer Extremität) bei computergestützter Analyse und Abbildung	Nr. 5335 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.	Der Zuschlag nach Nr. 5335 kann je Untersuchungstag unabhängig von der Anzahl der Einzeluntersuchungen nur 1x berechnet werden.	O	5313		800	46,6298	-	Z	
5372	Computergesteuerte Tomographie im Abdominalbereich			O	K:5369, 5375, 5378, 5810, 5831, 5840, 5841		2600	151,547	272,78	T	K: Die Nebeneinanderberechnung der Nrn. 5370 bis 5372 ist in der Rechnung gesondert zu begründen. Nb. Nr. 5372 sind die Nrn. 345, 346, 347, 5376 abrechenbar.
5376	Ergänzende computergesteuerte Tomographie(n) mit mind. einer zusätzlichen Serie (z.B. bei Einsatz von Xenon, bei Einsatz der High-Resolution-Technik, bei zusätzlichen Kontrastmittelgaben) – zusätzlich zu den Leistungen nach den Nrn. 5370 bis 5375			O	K: 5378		500	29,1437	52,46	T	K: Nb. Nr. 5376 sind die Nrn. 340 – 351, 5370 – 5375 abrechenbar.

LP	LP Bezeichnung	steigerungsfähig	Abrechnungsbestimmung	Fakultative/Obligate Leistung	Abrechnungsaus-schlüsse	Zuschläge	Punktzahl	einfacher Gebührensatz	Gebühr-gesteigerter Ge-bührensatz	Art der Leis-tung	Bemerkungen
5377	Zuschlag für computergesteuerte Analyse – einschl. speziell nachfolgender 3D-Rekonstruktion	Nr. 5377 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.		O			800	46,6298	-	Z	K: Nb. Nr. 5377 sind die Nrn. 5370 – 5375 abrechenbar.
5705	MRT im Bereich der Wirbelsäule, in zwei Projektionen			O	K: 5735		4200	244,8067	440,65	T	K: Der Höchstwert entsprechend der Regelung nach Nr. 5735 ist zu beachten
5729	MRT eines oder mehrerer Gelenke oder Abschnitte von Extremitäten			O	K: 5730, 5732, 5735		2400	139,8895	251,8	T	K: Nb. Nr. 5705 sind die Nrn. 345, 346, 347, 5731, 5733 abrechenbar.
5731	Ergänzende Serie(n) zu den Leistungen nach den Nrn. 5700 bis 5730 (z.B. nach Kontrastmitteleinbringung, Darstellung von Arterien als MR-Angiographie)			F			1000	58,2873	104,92	T	K: Nb. Nr. 5731 sind die Nrn. 345, 346, 347 abrechenbar.
5733	Zuschlag für computergesteuerte Analyse (z.B. Kinetik, 3D-Rekonstruktion)	Nr. 5733 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.		O			800	46,6298	-	Z	

Legende

K: Kommentar (HERMANN, 2019b) / E: Experte/n

Mit * markierte Anhänge, weitere Bestimmungen etc. beziehen sich auf den EBM und sind in diesem einzusehen

Abkürzungen (ergänzend zum Abkürzungsverzeichnis auf Seite VI und zum allgemeinen Sprachgebrauch)

Ausschl.	ausschließlich	HAWI-E/K	Hamburger Wechsler Intelligenztest für Erwachsene / Kinder	MPI	Max-Planck-Institut für medizinische Forschung
BWS	Brustwirbelsäule	I.d.R.	in der Regel	MPQ	Max-Planck-Institut für Quantenoptik
BÄK	Bundesärztekammer	IST	Intelligenzstrukturtest	Nb.	Neben
CW-Doppler	Continuous Wave Doppler	LWS	Lendenwirbelsäule	SK	Sachkosten
Gem.	gemäß	Mind.	Mindestens		

