

Ein Vergleich der ärztlichen Vergütung nach GOÄ und EBM

Dr. Frank Niehaus

WIP-Diskussionspapier 7/09

Inhalt

1. Einleitung
2. PKV und GKV: Zwei grundlegend verschiedene Systeme
 - 2.1. Die Vertragsverhältnisse
 - 2.2. Die Gebührenordnungen
 - 2.3. Regelungen in der GKV
 - 2.3.1. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM)
 - 2.3.2. Ausgabenbegrenzung in der GKV
 - 2.3.3. Verwaltungskosten der Kassenärztlichen Vereinigungen
 - 2.4. Regelungen für Selbstzahler
 - 2.4.1. Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)
 - 2.4.2. Steigerungssätze in der GOÄ
 - 2.4.3. Begrenzungen in der GOÄ
 - 2.4.4. Verwaltungsaufwand
 - 2.5. Zwischenfazit
- Exkurs: Der Basistarif
3. Studien zum Vergleich von GOÄ und EBM
 - 3.1. BASYS- Studie
 - 3.2. Vergleich der EBM- und GOÄ-Ziffern in der Studie „überproportionaler Finanzierungsbeitrag“
 - 3.3. Entwicklung der Jahre 2001 bis 2006 anhand der Bewertung des Mehrumsatzes
 - 3.4. Studie mit Daten der Techniker Krankenkasse
 - 3.5. Weitere Anhaltspunkte zum Verhältnis EBM zu GOÄ
4. Die Situation nach der EBM-Reform
5. Fazit
- Literatur
- Anhang I
- Anhang II

1. Einleitung

Wiederholt ist die unterschiedliche Vergütung ärztlicher Leistungen in der GKV und der PKV Gegenstand intensiver gesundheitspolitischer Diskussionen. Zwar geht man generell von einer höheren Vergütung im PKV-Bereich gegenüber dem Bereich der GKV aus, vielfach wird sogar die Auffassung vertreten, die Praxis eines niedergelassenen Arztes sei ohne die höhere Vergütung aus der Behandlung von Privatpatienten wirtschaftlich nicht überlebensfähig, doch fällt die genaue Quantifizierung der unterschiedlichen Vergütungshöhen schon allein deshalb schwer, weil im Bereich der PKV und in der GKV völlig unterschiedliche Regelwerke existieren, die nicht ohne weiteres miteinander vergleichbar gemacht werden können.

Zusätzliche Aktualität hat das Thema dadurch bekommen, dass die privaten Krankenversicherungsunternehmen seit Anfang des Jahres 2009, nach Inkrafttreten des Wettbewerbsstärkungsgesetzes (WSG), einen Basistarif anzubieten haben, der nach Art, Umfang und Höhe den Leistungen der GKV entsprechen soll und nicht mehr als der Höchstbeitrag in der GKV kosten darf. Für die ärztliche Honorierung können sich die PKV und die Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf Vergütungsstrukturen einigen, bei denen die Regelungen der GKV beispielgebend sind.

2. PKV und GKV: Zwei grundlegend verschiedene Systeme

Um einen Vergütungsvergleich anstellen zu können, muss beachtet werden, dass die beiden Systeme PKV und GKV grundlegend unterschiedlich funktionieren. Die Unterschiede führen auf verschiedenen Ebenen zu einer Beeinflussung der ärztlichen Vergütung. Diese Ebenen sind (siehe Tabelle 1 für eine Übersicht):

- ➔ ein unterschiedliches Vertragsverhältnis mit unterschiedlichen Abrechnungspartnern für den Arzt,
- ➔ verschiedene Gebührenordnungen mit abweichenden Leistungsabgrenzungen und Preisen
- ➔ sowie weitere für den Arzt einschränkende Regeln in der GKV, wie z.B. Budgets, Regelleistungsvolumina oder Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

Tabelle 1

Für einen Vergleich relevante Unterschiede		
1. Ebene: Vertragsverhältnis	PKV-Versicherte/ Selbstzahler	GKV-Versicherte
Vertragsverhältnis	zwischen Arzt und Patient	zwischen GKV, KV und Arzt
Abrechnung/ Verwaltungskosten	Arzt erstellt Rechnung für den Patienten und trägt Verwaltungskosten	Arzt rechnet mit der KV ab, KV behält einen Verwaltungskostenanteil
Ausfallrisiko	Arzt trägt das Ausfallrisiko	Arzt trägt kein Risiko
2. Ebene: Aufbau der Gebührenordnungen	GOÄ	EBM
Leistungsbeschreibung	einzelne Leistungen in der Gebührenordnung mit Nummern versehen	EBM-Ziffern mit starker Pauschalierung
Mengenbegrenzungen	vereinzelt Einschränkungen in der Anzahl und der parallelen Abrechenbarkeit	häufige Begrenzungen der Anzahl und der Abrechnungskombinationen
monetäre Bedeutung	je Gebührennummer wird eine Punktzahl der Leistung zugeordnet; Punktwert 5,82873 Cent; nach Schwere des Falles mit einem Faktor steigerbar	jeder Leistung wird eine Punktzahl zugeordnet; alte Regelungen: floatende Punktwerte; neu: Punktwert im Regelleistungsvolumen 3,5001 Cent, darüber Abstufung
3. Ebene: Regelungen zur Ausgabenbegrenzung	PKV	GKV
Budgetierung	keine Budgetierung	bisher: Entwicklung der Gesamtvergütung entsprechend der Grundlohnsumme; neu: Berücksichtigung der Morbiditätsveränderung; Regelleistungsvolumina
weitere Regelungen, die auf das Leistungsvolumen wirken	Selbstbeteiligung; Beitragsrückerstattung ¹	Quartalsabrechnung; Praxisgebühr; Plausibilitätsprüfung, Wirtschaftlichkeitsprüfung

¹ Soweit für die einzelnen Tarife durch das Unternehmen beschlossen.

2.1. Die Vertragsverhältnisse

Auf der einen Seite gilt für PKV-Versicherte beziehungsweise für Selbstzahler die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Der Privatpatient hat ein direktes Vertragsverhältnis mit dem Arzt und ist Schuldner gegenüber dem ärztlichen Vergütungsanspruch. Der Patient hat wiederum einen Erstattungsanspruch gegenüber seinem privaten Krankenversicherungsunternehmen und/oder einen Beihilfeanspruch. Teilweise sind diese Ansprüche mit Selbstbeteiligungen verbunden.

Auf der anderen Seite werden die ärztlichen Leistungen für GKV-Versicherte anhand des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) bewertet. Hier geht der Patient kein direktes Vertragsverhältnis mit dem Arzt ein, sondern er erhält auf Grundlage des Sachleistungsprinzips Leistungen. Die erbrachten Leistungen rechnet der Arzt mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) ab, die wiederum von den gesetzlichen Krankenkassen quartalsbezogen Kopfpauschalen pro beitragszahlendem Mitglied erhalten. Hierzu werden zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen im sogenannten Bewertungsausschuss Gesamtverträge geschlossen (§ 83 SGB V). Bisher hatten die in den Verträgen festgelegten Gesamtvergütungen (§ 85 SGB V), die von den Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen gezahlt werden, eine für die Krankenkassen „befreiende Wirkung“. Damit trugen die Kassenärztlichen Vereinigungen das Mengen- und Morbiditätsrisiko. Dieses Risiko soll mit den aktuellen Reformen von 2008 und 2009 und den zukünftigen wieder auf die Krankenkassen übertragen werden.

2.2. Die Gebührenordnungen

Sowohl die GOÄ als auch der EBM bestimmen die abrechenbaren Leistungen. Die beiden Abrechnungssysteme unterscheiden sich aber erheblich in der Abgrenzung der Leistung und der monetären Bewertung. Sie sind so der Hauptgrund für die Vergütungsdifferenzen. Eine durchgeführte Behandlung führt je nach Art des Versicherungsschutzes des Patienten und damit verbundener Abrechnung nach GOÄ oder EBM zu einer unterschiedlichen Vergütung für den Arzt.

Ein Vergleich der Vergütungshöhe ist deshalb komplex, da beide Gebührenordnungen zwar für die einzelnen Leistungen Ziffern enthalten, diese aber nicht unmittelbar ineinander überführbar sind. Hinzu kommt, dass der EBM in steter Folge reformiert wurde, wobei die GOÄ seit 1996 – bis auf Einführung des Standardtarifs mit Honorarabsenkungen für

Standardtarifversicherte – nicht mehr grundlegend verändert wurde. Zudem haben die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen in den letzten Jahren unterschiedliche Wege und Instrumente gewählt, wie sie die budgetierte Gesamtvergütung auf die Ärzte verteilten.

Die fortlaufende Veränderung des EBM erschwert einen Vergütungsvergleich zusätzlich, da bei jeder Untersuchung der zu dem Zeitpunkt gültige EBM beachtet werden muss. Aus Mangel an empirischen Quellen zum aktuellen EBM 2009, der erst seit dem 1.1.2009 gilt, bleibt die Möglichkeit auf ältere Ergebnisse zurückzugreifen, um Aussagen zu den Vergütungsrelationen zu erhalten.

2.3. Regelungen in der GKV

2.3.1. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM)

Der EBM definiert die Leistungen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht und abgerechnet werden dürfen. Welche das im Einzelnen sind, regeln die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV).

Die bisherigen und auch der aktuelle Einheitliche Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen bestimmen nach § 87 SGB V für jede Leistung eine Abrechnungsnummer und eine Punktzahl, mit der die Leistungsrelationen untereinander festgelegt werden. Diese Punkte werden in Geld umgerechnet.

Die vorangegangenen Reformen des EBM betrafen sowohl die Punktwertbestimmungen als auch die Punktverteilung. Mit dem seit dem 1.1.2009 geltenden aktuellen EBM wird der bisher variable Punktwert in einen festen umgewandelt. Bisher galt die Regelung: Überstieg die abgerechnete Leistungsmenge die für die Gesamtvergütung zugrunde gelegten Größen, dann kam es zu einer Abwertung der Punktwerte (floatende Punktwerte). Diese Budgetierung wurde mit dem Gesundheitsstrukturgesetz des Jahres 1993 eingeführt. Das Mengenrisiko lag damit bei der Ärzteschaft. Diese Regelung hat in der Vergangenheit zu einem Punktwertverfall geführt, da jeder Arzt sein Umsatzvolumen nur durch eine steigende Menge an abgerechneten Leistungen erhalten konnte.

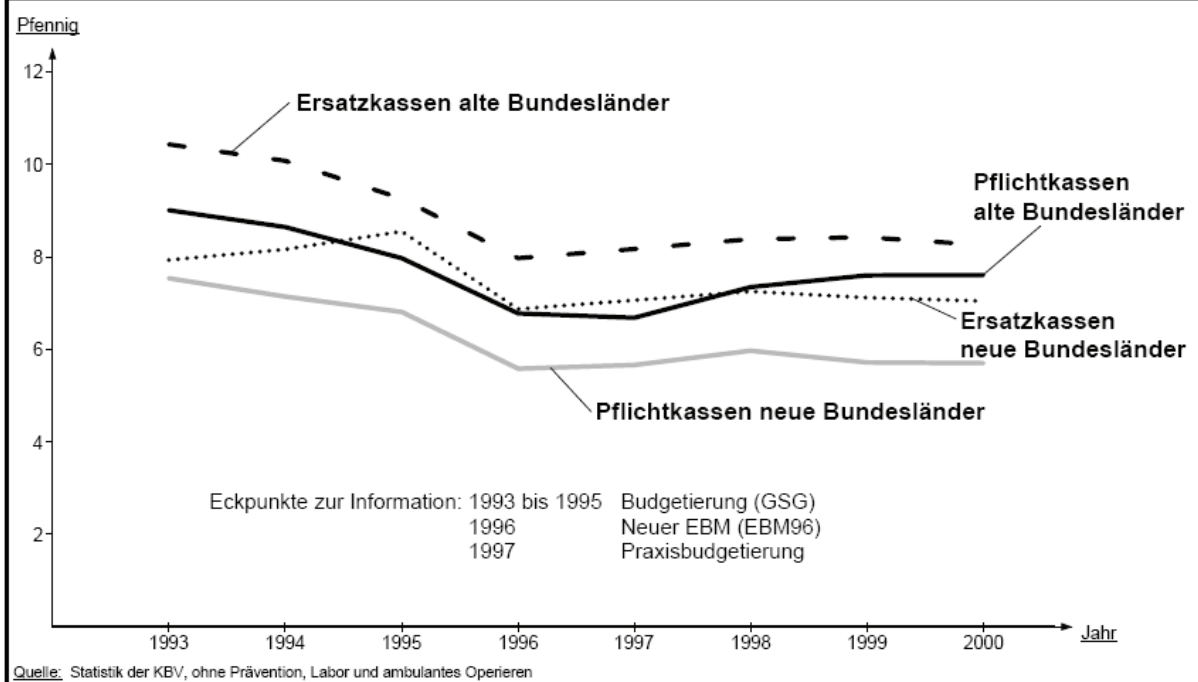


Abbildung 1

Dieser Punktwertverfall ereignete sich vor allem in den ersten Jahren (siehe Abbildung 1). Bis zum Jahr 2000 wird die Punktwertentwicklung für vertragsärztliche Behandlungen von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung angegeben. Mit der Gesundheitsreform 2000 wurde zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung und zu Lasten der Fachärzte die Abrechnung geändert. Ab diesem Zeitpunkt variierten die Punktwerte abhängig von der Facharztrichtung, aber auch zwischen den einzelnen KVen, so dass keine (bundesdurchschnittliche) Punktwertentwicklung dokumentiert ist. Nach Aussage von Herrn Köhler lag der Punktwert für budgetierte Leistungen des Jahres 2007 im Bundesdurchschnitt bei 3,2 Cent.² Nimmt man den aktuellen im EBM2009 fixierten Punktwert von 3,5001 Cent hinzu, so zeigt sich, dass die Punktwerte bereits im Jahr 2000 in dieser Größenordnung lagen. Damit dürfte der Punktwertverfall sich hauptsächlich bis 1996 vollzogen haben und sich seitdem auf niedrigem Niveau befinden.

Die stetigen Reformen schlugen sich auch in der Leistungserbringung nieder. Tabelle 2 stellt die 20 umsatzstärksten Leistungen der Jahre 2005 und 2004 gegenüber.

² Brief des Vorsitzenden des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Dr. Köhler an die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte vom 29. Januar 2009.

Tabelle 2

Rang	Umsatzstärkste Leistung 2005	Anteil (%)	Umsatzstärkste Leistung 2004	Anteil (%)
1	Versorgungsbereichsspezifische Bereitschaft (hausärztlich)	8,0	Ordinationsgebühr	19,3
2	Behandlung und Betreuung eines Patienten (hausärztlich)	3,1	Erörterung, Planung und Koordination	5,3
3	Beratung, Erörterung, Abklärung (hausärztlich)	2,5	Konsultationsgebühr	4,8
4	Hausärztliche Grundvergütung	2,1	Dialyse-Sachkosten 18.- 59. Lebensjahr	3,6
5	Ordinationskomplex ab 60. Lebensjahr (hausärztlich)	1,8	Hausärztliche Grundvergütung	2,7
6	Konsultationskomplex (hausärztlich)	1,8	Intensive ärztliche Beratung	2,2
7	Ordinationskomplex 6.- 59. Lebensjahr (hausärztlich)	1,8	Besuch eines Kranken	1,8
8	Individueller Arztbrief	1,7	MRT Untersuch. am Schädel oder Extremitäten-Gelenkbereich	1,7
9	Besuch eines Kranken	1,4	Wirtschaftliche Erbringung/Veranlassung von Leistungen	1,6
10	Ordinationskomplex gem. I Allg. Bestimmungen, 6.- 59. Lebensjahr (hausärztlich)	1,4	Erhebung eines Ganzkörperstatus	1,6
11	Leistungsbezogene Kostenpauschalen, Versicherte mit Diabetes mellitus	1,3	MRT-Untersuchung von Körperregionen	1,3
12	Leistungsbezogene Kostenpauschalen, Versicherte ab 59. Lebensjahr	1,3	Sonographische Untersuchung der Urogenitalorgane	1,2
13	Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32	1,3	Nacht-, Wochenend- und Feiertagsgebühr	1,1
14	Ordinationskomplex gem. I Allg. Bestimmungen, ab 60. Lebensjahr	1,1	Sonographische Untersuchung des Abdomes	1,0
15	Versorgungsbereichsspezifische Bereitschaft (Kinder- und Jugendmedizin)	1,0	CT-Untersuchung von Körperregionen	0,9
16	Ordinationskomplex 6.- 59. Lebensjahr (fachärztlich)	1,0	Elektrokardiographische Untersuchung	0,8
17	Ordinationskomplex ab 60. Lebensjahr (fachärztlich)	0,9	Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie)	0,7
18	Betreuung einer Schwangeren	0,8	Krebsfrüherkennung Frauen	0,7
19	Dialyse-Sachkosten 18.- 59. Lebensjahr	0,8	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie)	0,7
20	Krankheitsfrüherkennung	0,8	Betreuung einer Schwangeren	0,7
	Anteil am Gesamtleistungsbedarf	35,7	Anteil am Gesamtleistungsbedarf	53,7

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes unter www.gbe-bund.de, Grundlage: Frequenzstatistik (vertragsärztliche Versorgung) der Kassenärztliche Bundesvereinigung

Die Unterschiede in der Tabelle ergeben sich aufgrund des im Jahr 2005 reformierten Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM). Es zeigt sich, dass sich 2005 andere Leistungen unter den Top 20 befinden. Auch die Leistungsbezeichnungen haben sich teilweise geändert. So gibt es 2005 beispielweise keine einheitliche Ordinationsgebühr mehr, die 2004 noch 19,3 % ausmachte, sondern es wurden verschiedene Ordinationskomplexe eingeführt, die sich nach Alter und Arztrichtung differenzieren.

Mit der Gesundheitsreform 2000 wurde bereits zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung ein hausärztlicher Honorarteil geschaffen und mit entsprechenden Abrechnungsverboten für andere Facharztgruppen belegt. Am 1. April 2005 trat der reformierte EBM, der während seiner Entwicklungs- und Einführungsphase auch als EBM 2000plus bezeichnet wurde, in Kraft. Hierbei wurden die relativen Bewertungen der Leistungen auf Grundlage von betriebswirtschaftlichen Kalkulationen neu durchgeführt. Zusätzlich wurden schon einigen Gebührenpositionen feste Geldbeträge zugeordnet und eine stärkere Pauschalierung als in der Vergangenheit vorgenommen, um Anreize zur Mengenausweitung entgegenzuwirken. Somit hat sich die Struktur des bisher geltenden EBM grundlegend geändert. Diagnose und Behandlung wurden aufgewertet, der Einsatz von Technik abgewertet. Bisherige Einzelleistungen wurden zu Komplexen und Pauschalen zusammengeführt. Anhänge mit Informationen, z.B. zu nicht gesondert abrechnungsfähigen und in Komplexen enthaltenen Leistungen, komplettieren den EBM.³

Die Honorarreform zum Pauschal-EBM 2008 sieht weitere Pauschalisierungen vor und sollte ein weiterer Schritt zu festen Preisen sein.

Der EBM 2009 enthält einen bundesweit **einheitlichen Punktwert** mit einem festen Eurobetrag als „Orientierungswert“. Der Wert wurde auf 3,5001 Cent festgesetzt. Regionale Punktwerte können hiervon leicht durch Zu- oder Abschläge abweichen.⁴

2.3.2. Ausgabenbegrenzung in der GKV

Um einem unkontrollierten Ausgabenwachstum entgegenzuwirken, findet mit der Installation von **Regelleistungsvolumina** je Arzt auch bei den aktuellen Abrechnungsregeln in der GKV eine Art Budgetierung statt. Das Regelleistungsvolumen definiert die Menge an Punkten, die ein Arzt mit dem festen Punktwert vergütet bekommt. Die Vergütung der über das

³ Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Anmerkungen zur Ad-hoc-Tabelle: Umsatzstärkste ärztliche Leistungen, die von Ärzten mit der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet wurden in Prozent des Gesamtleistungsbedarfs. Gliederungsmerkmale: Jahre, umsatzstärkste Leistungen.

⁴ Für eine ausführliche Darstellung der Reform der ambulanten ärztlichen Vergütung siehe Wasem/Walendzik (2008).

Regelleistungsvolumen hinausgehender Leistungen unterliegt einer Abstufung, d.h. sie werden mit einem geringeren Punktwert bewertet. Das Regelleistungsvolumen ist arztgruppenspezifisch und orientiert sich an den Vorjahresfallzahlen des jeweiligen Arztes. Eine Mengengrenzung ergibt sich auch dadurch, dass die historische Fallzahl des Arztes ins Verhältnis gesetzt wird zur durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe. Überschreitet der Arzt die arztgruppenspezifische Fallzahl um mehr als 50 %, werden die zusätzlichen Fälle nur degressiv vergütet.⁵

Insgesamt steht seit 2009 eine **morbiditätsorientierte Gesamtvergütung** für vertragsärztliche Leistungen zur Verfügung. Die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung wird auf der Grundlage des Behandlungsbedarfs, errechnet aus Zahl und Morbiditätsstruktur der Versicherten, gebildet. Dieser wird mit den regionalen Punktwerten bewertet, die die Vorgaben der bundesweiten Orientierungswerte berücksichtigen müssen, und wird ergänzt um einen nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsorientierten Behandlungsbedarfs.

Die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung wurde erstmals zum 31. Oktober 2008 festgesetzt und soll je nach Veränderung der Morbiditätsstruktur der Versicherten und Veränderungen des ambulanten Leistungsumfangs jährlich zum 31. Oktober angepasst werden. Damit wird die bisherige Budgetierung der vertragsärztlichen Vergütung durch Koppelung an die Grundlohnsumme durch eine Anbindung an die Morbiditätsentwicklung abgelöst.

Hierdurch soll das sogenannte Morbiditätsrisiko von den Ärzten auf die Krankenkassen übergehen, d.h. für zusätzliche Leistungen, die aus einem Anstieg des Behandlungsbedarfs der Versicherten herrühren, soll von den Krankenkassen mehr Honorar zur Verfügung gestellt werden.⁶

In der GKV sind neben den beschriebenen, weitere Regeln vorhanden, die die Einnahmen der Ärzte aus der Behandlung von GKV-Patienten beschränken. Hierzu gehören die Wirtschaftlichkeits- und die Plausibilitätsprüfung. Diese Regelungen dienen ebenfalls dazu, die Menge und damit die Ausgaben in der GKV zu begrenzen.

Gemäß § 106 SGB V sind die gesetzlichen Krankenkassen und die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen verpflichtet, die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung zu überwachen. Dies bedeutet, es ist zu prüfen, ob das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V eingehalten wurde. Die Vorschriften zur **Wirtschaftlichkeitsprüfung** haben in den letzten Jahren zahlreiche Änderungen erfahren. Zurzeit wird die Prüfung von einer

⁵ Vgl. Wasem/Walendzik (2008), S. 645.

⁶ Vgl. AOK-Lexikon im Internet: http://www.aok-bv.de/lexikon/g/index_00353.html.

eigenverantwortlichen von den gesetzlichen Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen gebildeten Prüfstelle durchgeführt (siehe § 106 Abs. 2 u. 4 SGB V).

Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung wird geprüft durch

1. arztbezogene Prüfung ärztlich verordneter Leistungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina nach § 84 (Auffälligkeitsprüfung),
2. arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben, die mindestens 2 vom Hundert der Ärzte je Quartal umfassen (Zufälligkeitsprüfung).

Eine wesentliche Neuerung im Jahr 2004 war die Beseitigung der Prüfung nach Durchschnittswerten als gesetzlich normierte Regelprüfung. Beurteilungskriterien der Wirtschaftlichkeit in den Prüfungen sind (§ 106 Abs. 2a SGB V),

1. die medizinische Notwendigkeit der Leistungen (Indikation),
2. die Eignung der Leistungen zur Erreichung des therapeutischen oder diagnostischen Ziels (Effektivität),
3. die Übereinstimmung der Leistungen mit den anerkannten Kriterien für ihre fachgerechte Erbringung (Qualität), insbesondere mit den in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses enthaltenen Vorgaben,
4. die Angemessenheit der durch die Leistungen verursachten Kosten im Hinblick auf das Behandlungsziel,
5. bei Leistungen des Zahnersatzes und der Kieferorthopädie auch die Vereinbarkeit der Leistungen mit dem Heil- und Kostenplan.

Der Gesetzgeber hat zusätzlich zu der Wirtschaftlichkeitsprüfung mit dem GMG die **Plausibilitätsprüfung** eingeführt. Die Grundlage für die Plausibilitätsprüfung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung liefert der § 106a Abs. 2 SGB V. Zuständig für die Überprüfung sind die Kassenärztlichen Vereinigungen. Im EBM sind jeder Leistung Zeiten zugeordnet, mit Hilfe derer überprüft wird, ob der Arzt die abgerechnete Leistung überhaupt in seiner (Arbeits-)zeit erbracht haben kann. Mit dieser Plausibilitätsprüfung wird somit überprüft, ob der Arzt Leistungen abrechnet, die er gar nicht oder nicht fachgerecht erbracht haben kann.

Schließlich wäre als mengenregulierendes Element die **Praxisgebühr** von 10 € zu nennen, die vom Kassenpatient beim erstmaligen Besuch im Quartal und ohne Überweisung in der Praxis zu entrichten ist. Sie soll Patienten davon abhalten, unbedacht (mehrere) Ärzte zu konsultieren. Für einen Vergleich der ärztlichen Vergütung nach GOÄ und EBM hat diese

Gebühr keine direkte Relevanz, da die von der Praxis eingenommenen Gebühren mit der Vergütung durch die KVen verrechnet wird und es somit für einen Arzt unerheblich ist, wie viel Praxisgebühr er einnimmt.

2.3.3. Verwaltungskosten der Kassenärztlichen Vereinigungen

Schließlich behalten die Kassenärztlichen Vereinigungen **Verwaltungskosten** für ihre Dienste ein. Diese werden prozentual vom Abrechnungsvolumen ermittelt und schwanken von Vereinigung zu Vereinigung. Zusätzlich gelten in der Regel noch unterschiedliche Verwaltungskosten je nach Abrechnungsart. Eine elektronische Abrechnung wird hier bei den meisten KVen mit einem geringeren Verwaltungskostensatz belohnt.

Tabelle 3 stellt die unterschiedlichen Verwaltungskostenumlagesätze für das Jahr 2004 dar. Es zeigt sich eine relativ große Spanne von 1,4 % bis über 3 %.

Zusätzlich erfordert die Abrechnung der Vertragsärzte mit der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigung ebenfalls personellen und sächlichen Verwaltungsaufwand. Es bestehen zahlreiche Dokumentationspflichten und spezielle Anforderungen an die Abrechnungsgestaltung.⁷

⁷ Für eine umfassende Analyse der Verwaltungskosten siehe Schulze Ehring (2005) oder auch Schulze Ehring (2006).

Tabelle 3⁸

Verwaltungskostenumlage der KVen (2004) in v. H. des KV-Umsatzes		
KV	PC-Abrechner	Manuell-Abrechner
Bayern	2,95	2,95
Berlin	2,40	3,00
Brandenburg	3,50	3,50
Bremen	1,62	1,82
Hamburg	2,15	2,60
Hessen	1,3681 - 2,0116	1,5287 - 2,1216
Koblenz	2,10	2,90
Mecklenburg-Vorpommern	2,30	3,00
Niedersachsen	2,009	2,609
Nordbaden	2,20	3,50
Nordrhein	2,50	3,20
Nord-Württemberg	1,40	2,20
Pfalz	1,95	2,95
Rheinhessen	2,50	3,00
Saarland	2,20	3,20
Südbaden	2,40	3,35
Sachsen	2,20	3,00
Sachsen-Anhalt	2,10	3,10
Schleswig-Holstein	1,90	2,50
Süd-Württemberg	2,10	2,30
Thüringen	1,99	2,39
Trier	2,20	3,00
Westfalen-Lippe	2,30	3,00

Quelle: KV Sachsen

2.4. Regelungen für Selbstzahler

2.4.1. Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Der privat krankenversicherte Patient erhält nach der Behandlung durch den Arzt eine Rechnung. Grundlage für die Berechnung und Abrechnung der Vergütung ärztlicher Leistungen, die nicht durch die Sozialversicherung abgedeckt werden, bildet die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Dieser ist das Gebührenverzeichnis für ärztliche

⁸ Vgl. Bundesverband für ambulantes Operieren e.V. (2005).

Leistungen beigegeben.⁹ Jeder ärztlichen Leistung ist in der GOÄ eine Nummer, einer sogenannten Gebührenposition, zugeordnet. Dieser Gebührenposition ist wiederum eine bestimmte Punktzahl zugeteilt. Aufwendigere Leistungen werden mit höheren, weniger aufwendige Leistungen mit niedrigeren Punktzahlen bewertet. Die Punktzahl wird mit einem einheitlichen Punktwert (0,0582873 € bzw. 5,82873 Cent) multipliziert. Dieser Punktwert gilt seit 1996 und wurde mit der Euroeinführung von 11,4 Pfennig auf die 5,82873 Cent umgestellt. 1982 betrug der Punktwert noch 10 Pfennig, 1988 wurde er um 10 % angehoben, um schließlich zum 1. Januar 1996 um weitere 0,4 Pfennig oder 3,6 % zu steigen.¹⁰ In den Neuen Bundesländern (einschließlich Ost-Berlin) galt bis 1. Januar 2007 noch ein sogenannter Ost-Abschlag, der zuletzt noch 10 % betrug.¹¹

Das Ergebnis aus der Multiplikation von Punktzahl und Punktwert ergibt den sogenannten (Gebühren-)Einfachsatz. Er ist die Grundlage zur Berechnung ärztlicher Leistungen.

2.4.2. Steigerungssätze in der GOÄ

Je nach Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand wird der Einfachsatz nochmals mit unterschiedlich hohen Steigerungssätzen multipliziert. Im Regelfall sind durch den Arzt folgende Sätze abzurechnen:

- Für persönliche Leistungen zwischen dem einfachen und 2,3fachen Satz.
- Für medizinisch-technische Leistungen zwischen dem einfachen und 1,8fachen Satz. Das sind normalerweise Leistungen mit hohem Sachkostenanteil oder Leistungen, die der Arzt in der Regel nicht selbst erbringt. Für Laboratoriumsuntersuchungen zwischen dem einfachen und 1,15fachen des Einfachsatzes.

Das Ergebnis aus Einfachsatz und dem jeweils maximalen Steigerungssatz des Regelfalls ergibt den **Regelhöchstsatz**. Das heißt, der Einfachsatz wird multipliziert mit dem 2,3fachen, 1,8fachen bzw. 1,15fachen. Den meisten privatärztlichen Abrechnungen liegen die jeweiligen Regelhöchstsätze zugrunde.¹²

Der Regelhöchstsatz darf in bestimmten Fällen überschritten werden. Bis zum 3,5fachen bei persönlichen ärztlichen Leistungen, bis zum 2,5fachen bei medizinisch-technischen Leistungen und bis zum 1,3fachen bei Laboratoriumsleistungen. Hierbei müssen die erbrachten Leistungen hinsichtlich Schwierigkeitsgrads und Zeitaufwand sowie der Umstände

⁹Vgl. Brück, D. (2007) oder Lang et al. (2002).

¹⁰ Vgl. Vorwort zur 1. Auflage sowie S. 1 ff. in Lang et al. (2002).

¹¹ Vgl. Verband der privaten Krankenversicherung (2006a), S. 48.

¹² Vgl. bspw. Verband der privaten Krankenversicherung (2006b), S. 78, Verband der privaten Krankenversicherung (2007), S. 80 oder Verband der privaten Krankenversicherung (2008), S. 80.

bei der Ausführung deutlich vom Regelfall abweichen. Außerdem ist dies „auf die einzelne Leistung bezogen für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar schriftlich zu begründen“ (GOÄ).

Die Gebühren und Steigerungssätze der GOÄ sind verbindlich. Jedoch hat der Arzt grundsätzlich die Möglichkeit, die Höchstsätze der GOÄ zu überschreiten. Die hierfür erforderliche, abweichende Vereinbarung ist vom Arzt persönlich mit dem Patienten zu treffen, und zwar schriftlich und bevor die Leistung erbracht wird.

Eine empirische Auswertung von Rechnungen für 2006 zeigt, dass nur 5,45 % aller Leistungen unter dem 2,3fachen Satz berechnet werden.¹³ Die Unterschreitungen des Regelhöchstsatzes werden dabei deutlich durch die Überschreitung des 2,3fachen Satzes kompensiert. So wurden 8,89 % über dem Regelhöchstsatz abgerechnet.¹⁴ Der Vergleich zwischen dem EBM und der GOÄ findet deshalb zweckmäßigerweise zwischen den Gebührenpositionen des EBM, bewertet mit den durchschnittlichen Punktwerten, und dem 2,3fachen GOÄ-Satz statt.

2.4.3. Begrenzungen in der GOÄ

Bei einzelnen Gebührenpositionen enthält die GOÄ Einschränkungen in der Anzahl und der parallelen Abrechenbarkeit. Darüber hinausgehende Mengengrenzungen gibt es nicht. Der Arzt ist also unter Einhaltung des Gebots der medizinischen Notwendigkeit frei in seiner Diagnostik und Therapieentscheidung. Ökonomische Begrenzungen gibt es nicht. Umgekehrt wird sogar immer wieder vermutet, dass die Höhe der Vergütungssätze mengenexpansiv wirkt.

Die GOÄ ermöglicht es zudem, dass der Arzt eine nicht in der GOÄ enthaltene Leistung analog einer anderen, in der GOÄ enthaltenen Leistung, abrechnen kann. Dies berücksichtigt, dass die GOÄ nicht immer den aktuellen Stand der Medizin abbildet, und gibt die Möglichkeit, neue Behandlungsmethoden zu bewerten.

2.4.4. Verwaltungsaufwand

Die Rechnungserstellung für Privatpatienten stellt für den Arzt einen Verwaltungsaufwand dar. Gegebenenfalls müssen Mahnverfahren durchgeführt und die Ausstände eingetrieben werden. Der Arzt trägt damit auch ein Ausfallrisiko.

¹³ Verband der privaten Krankenversicherung (2008), S. 80.

¹⁴ Dieser Anteil setzt sich zusammen aus 1,93 % der Abrechnungen zwischen dem Regelhöchstsatz und dem Höchstsatz, 6,51 % genau zum Höchstsatz und 0,45 % über dem Höchstsatz.

Zusätzlich fallen auch beim Patienten und bei der privaten Krankenversicherung sowie bei der Beihilfe Verwaltungskosten an. Insgesamt ist ein Vergleich der Verwaltungskosten zwischen PKV und GKV schwierig¹⁵ und dürfte für die hier bearbeitete Fragestellung nicht von entscheidender Bedeutung sein.

2.5. Zwischenfazit

Der Vergleich der beiden Abrechnungssysteme in der GKV und in der PKV zeigt, dass eine unterschiedliche Vergütung der Ärzte auf verschiedenen Ebenen erfolgt. Neben dem direkten Preiseffekt wirkt ein zusätzlicher Mengeneffekt. So wird einmal durch bewusste Rationierung in der GKV die Menge begrenzt, aber auch die in dem System enthaltenen Anreize beeinflussen die erbrachten Leistungen. Als Folge werden bei Privatpatienten andere und auch gegebenenfalls mehr Leistungen abgerechnet als bei vergleichbaren GKV-Versicherten.

Exkurs: Der Basistarif

Seit Beginn des Jahres 2009 muss jedes private Krankenversicherungsunternehmen einen Basistarif anbieten. Dieser Basistarif bietet einen Versicherungsschutz, der in Art, Umfang und Höhe mit dem in der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar ist (§ 12 Abs. 1a VAG). Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sind verpflichtet, die ärztliche Versorgung der Basistarifversicherten sicherzustellen (§ 75 Abs. 3a SGB V), wie sie dies für GKV-Versicherte tun. Dies gilt auch für Zahnärzte und Psychotherapeuten (§ 72 Abs. 1 SGB V).

Die Höhe der Vergütung der Leistungen im Basistarif ist im Gesetz so geregelt, dass entweder zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) einheitlich mit Wirkung für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung und im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) oder den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen (KBV) Verträge ausgehandelt werden, die die Vergütung regeln (§ 75 Abs. 3b SGB V), oder die Leistungen sind nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) mit bestimmten maximalen Steigerungssätzen für die einzelnen Gebührenpositionen (1,16fachen in Abschnitt M und Nummer 437; 1,38fachen in Abschnitten A, E und O und für die übrigen Leistungen der GOÄ bis zum 1,8fachen sowie bis zum 2fachen in der GOZ) zu vergüten (§ 75 Abs. 3a SGB V).

¹⁵ Vgl. Schulze Ehring (2005) und Schulze Ehring (2006).

Der PKV-Verband hat den Weg gewählt, Verhandlungen mit der KBV über die Höhe der Vergütungen aufzunehmen. Aufgrund der bisher fehlenden Einigung gilt momentan die GOÄ mit den oben genannten maximalen Steigerungsfaktoren. Der PKV-Verband kann die Schiedsstelle nach Absatz 3c § 75 SGB V anrufen. Diese hat innerhalb von drei Monaten über die Gegenstände, über die keine Einigung erzielt werden konnte, zu entscheiden und den Vertragsinhalt festzusetzen. Die Schiedsstelle hat ihre Entscheidung so zu treffen (§ 75 Abs. 3a SGB V Satz 5), dass der Vertragsinhalt

1. den Anforderungen an eine ausreichende, zweckmäßige, wirtschaftliche und in der Qualität gesicherte ärztliche Versorgung der im Basistarif Versicherten entspricht,
2. die Vergütungsstrukturen vergleichbarer Leistungen aus dem vertragsärztlichen und privatärztlichen Bereich berücksichtigt und
3. die wirtschaftlichen Interessen der Vertragsärzte sowie die finanziellen Auswirkungen der Vergütungsregelungen auf die Entwicklung der Prämien für die Tarife der im Basistarif Versicherten angemessen berücksichtigt.

Besonders für den zweiten Punkt, der besagt, dass die Vergütungsstrukturen vergleichbarer Leistungen berücksichtigt werden müssen, ist der in der vorliegenden Arbeit durchgeführte Vergleich der Vergütung nach GOÄ und EBM relevant. Da der Basistarif in Art und Umfang dem Versicherungsschutz der GKV entsprechen soll und auch nur maximal den Höchstbeitrag kosten darf, ist es sachgerecht, dass für die Leistungen im Basistarif eine vergleichbare Vergütung für die Ärzte erfolgt wie in der GKV.

Die vielfältigen Zusammenhänge und Regelungen müssen dabei beachtet werden, wenn man für die Ärzte bei Behandlung der Basistarifversicherten eine der GKV vergleichbare Vergütung erzeugen will. Vor dem Hintergrund, dass auch für Basistarifversicherte die GOÄ gilt, ist eine Angleichung an die GKV-Vergütung am einfachsten durch eine Begrenzung der Steigerungsfaktoren in der GOÄ möglich. Die Ergebnisse der hier vorgestellten Studien geben Anhaltspunkte einen geeigneten Faktor zu finden, mit dem die Vergütung nach der GOÄ zu begrenzen ist, so dass das Einkommen der Ärzte aus der Behandlung von Basistarif-Patienten dem vergleichbar ist aus der Versorgung von GKV-Versicherten.

Ende des Exkurses

3. Studien zu einem Vergleich von GOÄ und EBM

Aufgrund der kurzen Geltungsdauer des aktuellen EBMs liegen – wie erwähnt – keine Daten für einen Vergleich zwischen dem aktuellen EBM 2009 und der GOÄ vor. Deshalb werden hier die Ergebnisse von Studien aus der Vergangenheit zusammengetragen, um aus deren Ergebnissen Rückschlüsse auf den heutigen Stand ziehen zu können.

Ein Vergleich von GOÄ und EBM steht methodisch vor erheblichen Schwierigkeiten:

- (1) Die Ziffern im EBM und in der GOÄ stimmen nur zum kleinen Teil überein. Zum großen Teil werden unterschiedliche Leistungsinhalte bzw. nur begrenzt miteinander vergleichbare Leistungsinhalte beschrieben. Besonders schwierig wird es dort, wo der EBM Leistungskomplexziffern verwendet. Eine Leistungskomplexziffer beinhaltet regelmäßig eine Vielzahl von ärztlichen Verrichtungen, wobei aber die jeweiligen Quantitativen nicht festgelegt sind, sondern sich patientenindividuell ergeben. Ein Gebührenvergleich, der Ziffern vergleicht, muss also Annahmen über die Transformation der Ziffern treffen.
- (2) Ein Vergleich kann sich auch nicht auf einzelne Ziffern beschränken, sondern er muss auch die relativen Häufigkeiten der Leistungserbringung berücksichtigen. Hierfür sind angemessene Gewichtungsfaktoren zu berücksichtigen.
- (3) Idealerweise erfolgt ein Vergleich unter Berücksichtigung gleicher Leistungsspektren in der GKV und in der PKV. Diese Anforderung sollte sich zunächst einmal auf den Vergleich gleicher Patientenstrukturen, z. B. im Hinblick auf Alter, Geschlecht und Morbidität beziehen.

Tatsächlich ist aber davon auszugehen, dass auch im Hinblick auf Alter, Geschlecht und Morbidität vergleichbare Patienten nicht unmittelbar in der GOÄ und im EBM miteinander verglichen werden können. Vereinfacht gesprochen kann man entweder eine typische GKV-Leistungsstruktur oder eine typische PKV-Leistungsstruktur zugrunde legen. Welche Prämisse hier sinnvoller ist, ist vor allem eine Frage der Zielsetzung des EBM-GOÄ-Vergleichs.

- (4) Damit im Zusammenhang stehen die mengenbegrenzenden Steuerungsfaktoren im EBM durch Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Budgets, Regelleistungsvolumina etc., die naturgemäß für unterschiedliche Leistungsspektren in der PKV und in der GKV sorgen.

Diese Tatsachen führen, verbunden mit den übrigen Problemen bei der Vergleichbarkeit, je nach Vorgehen zu abweichenden Ergebnissen. Welches Vorgehen die besten Ergebnisse bietet, hängt somit auch von der Fragestellung ab. Möchte man wissen, welche Vergütung

beispielsweise der Arzt für Basistarifversicherte erhält im Vergleich zur Vergütung, die er für die gleichen Personen bekommen würde, wären diese nicht im Basistarif, sondern in der GKV versichert, bräuchte man

- ➔ auf der einen Seite die Leistungen der Basistarifversicherten in der PKV inklusive Mengen und Preise und
- ➔ auf der anderen Seite die Leistungen für die gleichen Personen in der GKV, ebenfalls inklusive Preise und Mengen in Verbindung mit der Wirkung auf Budgets, Regelleistungsvolumina, Wirtschaftlichkeitsprüfungen etc.

Da diese Daten aber nie in vollem Umfang zur Verfügung stehen und stehen werden, bleibt ein Vergleich immer – zumindest teilweise – unvollständig.

3.1. BASYS-Studie

Ein erster Vergleich in der Vergütung ärztlicher Leistungen zwischen der PKV und der GKV ist im Jahr 1993 für das Jahr 1991 durchgeführt worden.¹⁶ Hier wurden den relevanten Gebührenpositionen der GOÄ die entsprechenden des EBM gegenübergestellt. Dieses Vorgehen war für das Jahr 1991 noch relativ leicht möglich, da sich die beiden Gebührenordnungen noch nicht so weit auseinanderentwickelt hatten. Grundlage für die Auswahl und Gewichtung der einzelnen Gebührenpositionen war die vom PKV-Verband jährlich durchgeführte Stichprobe von 40.000 Rechnungen aus dem ambulanten, dem stationären und dem zahnmedizinischen Bereich.¹⁷ Prämisse ist also das Leistungsspektrum in der PKV.

Würde man an Stelle der Durchschnittsvergütungen der GOÄ für die jeweiligen Leistungen Preise des EBM zugrunde legen, ermittelt die Studie ein Preisniveau in der PKV, das um 125,3 % höher liegt als in der GKV. Während ein Arzt im Durchschnitt für jede ambulante Leistung nach der GOÄ 27,55 DM im Jahr 1991 abgerechnet hat, hätte er auf Grundlage des EBM im Durchschnitt für dieselben Leistungen lediglich 12,23 DM erhalten. Damit lag die GOÄ-Vergütung in dieser Studie um das **2,25fache** über der Abrechnung nach EBM. Somit würde nach diesen Daten der **1,02fache** GOÄ-Steigerungssatz der GKV-Vergütung nach EBM entsprechen.

Es zeigte sich, dass sich sowohl die relativen als auch die absoluten Preisdifferenzen deutlich unterscheiden. Letztere reichen von wenigen D-Mark bis hin zu mehreren hundert D-Mark. Diese Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung der Gewichtung der Gebührenpositionen. In

¹⁶ Vgl. BASYS (1993).

¹⁷ Für eine Beschreibung der Stichprobe siehe auch Keßler (2008), S. 4 f.

der Studie wurde die GOÄ-Mengenstruktur der Stichprobe verwendet und mit EBM-Preisen versehen. Grundlage ist damit die Leistungsmenge, die Privatpatienten erhalten. Mögliche geringere Mengen an Leistungen bei Kassenpatienten werden so mit dem Vorgehen nicht erfasst.

Zusätzlich ist anzumerken, dass die Punktwerte in dem EBM und der GOÄ noch nahe beieinander lagen. Der Punktwerteverfall hatte – wie oben beschrieben – noch nicht eingesetzt.

Zusammengenommen dürfte damit das heutige Vergütungsverhältnis anhand dieser Ergebnisse unterschätzt werden.

3.2. Vergleich der EBM- und GOÄ-Ziffern in der Studie

„überproportionaler Finanzierungsbeitrag“

Im Rahmen der Studie „Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat Versicherter Patienten zum Gesundheitswesen“¹⁸ wurde ebenfalls ein Vergleich der Vergütung von Vergütungsziffern im EBM und der GOÄ, die direkt für vergleichbare Leistungen angesetzt werden konnten, durchgeführt. Grundlage für die Ermittlung der Höhe der abgerechneten Beträge je Gebührenposition in der GOÄ war wie in der BASYS-Studie die Häufigkeitsverteilung von GOÄ-Leistungsziffern der jährlichen Rechnungsstichprobe des PKV-Verbandes. Auch hier ist also Grundlage das Leistungsspektrum in der PKV.

Für die in der Studie verwendete Gegenüberstellung wurden nur die Rechnungen aus dem ambulanten Bereich des Jahres 2001 herangezogen, die 275.171 Leistungspositionen enthielten. Diese Leistungspositionen verteilen sich auf 1.582 Leistungsziffern, wovon manche sehr häufig abgerechnet wurden, wie z. B. die Gebührenposition der GOÄ Ziffer 1 *Beratung, auch Tel., ggf. m. Untersuchung* mit knapp 30.000 Fällen. Andere Ziffern wurden dagegen im Erhebungszeitraum entsprechend seltener abgerechnet. Von diesen 1.582 Leistungsziffern wurden wiederum diejenigen gewählt, die 90 % der Leistungen der PKV-Stichprobe ausmachen. Selten abgerechnete Positionen fallen damit heraus und es bleiben nur 254 Gebührenpositionen übrig. Für die Zuordnung dieser GOÄ-Gebührenpositionen zu den EBM-Ziffern wurde die „Orientierungstabelle zur Umsetzung von GOÄ – in EBM-Nummern“ in Brück (1999)¹⁹ verwendet. Für eine Auswertung wurden von den 254 nur die Gebührenpositionen beachtet, deren Leistungsinhalt nach dem Kommentar von Brück in der

¹⁸ Vgl. Niehaus (2005).

¹⁹ Brück (1999), S. 1204.9-1240.99.

GOÄ und dem EBM als (fast) identisch angesehen wurden.²⁰ Damit blieben am Ende nur 152 zuordenbare Positionen übrig, die 41,3 % der Stichprobe ausmachen. In den direkt zuzuordnenden Positionen fanden sich sehr viele Laboruntersuchungen, die nach der GOÄ deutlich höher vergütet werden als nach dem EBM.

Im Durchschnitt wurden die Leistungen nach der GOÄ ca. **3,9fache** höher vergütet als nach EBM, d.h., der Abrechnungsbetrag war in der PKV im Schnitt 3,9-mal so groß wie in der GKV für gleiche Leistungen. Der Steigerungsfaktor müsste in der GOÄ damit mit **0,59** sogar deutlich unter 1 liegen, um die EBM-Vergütung zu erreichen.²¹

Grundlage ist hier wie in der BASYS-Studie die Leistungsmenge, die Privatpatienten erhalten. Der Durchschnitt wurde in diesem Fall so ermittelt, indem der abgerechnete Wert einer Leistung in der PKV ins Verhältnis zum Gesamtwert der Abrechnungen der hier betrachteten Positionen gesetzt wurde. Es wurden also die Umsatzanteile als Gewicht verwendet. Welchen großen Einfluss die Gewichtung hat, zeigt das Ergebnis bei Bildung des Durchschnitts auf Grundlage der Gewichtungen nach Anzahl der abgerechneten Leistungen. Hier ergibt sich sogar ein Verhältnis von 4,66, da Ziffern, die einen geringen Geldwert aufweisen, z.B. Laborleistungen, in der Regel einen höheren Unterschied aufweisen und hier ein höheres Gewicht erhalten.

Tabelle 6 im Anhang I stellt die betrachteten GOÄ-Ziffern mit den zugeordneten EBM-Nummern dar. Der Einheitsatz, der in der GOÄ angegeben ist, wird dem tatsächlich abgerechneten Betrag, in dem der Steigerungssatz enthalten ist, gegenübergestellt. Schließlich werden auch die sich aus dem EBM resultierenden Zahlungen für die einzelnen Ziffern in der GKV angegeben. Es fällt auf, dass die Verhältnisse der Vergütungen je Leistungsziffern sehr stark variieren. Das Verhältnis reicht vom 1,49fachen für die GOÄ-Ziffer 207 „Zinkleinverband o. Tape-Verb. Gr. Gelenk“ bis zum 26,28fachen für GOÄ-Ziffer 3509 „Mikroskopie, einfache Färbung, je Mat.“ Weiter ist festzustellen, dass selbst die Einheitsätze der GOÄ schon über den Beträgen, die sich nach EBM ergeben, liegen.

Aufgrund der vielen nicht zuordenbaren Gebührenpositionen und dem relativ großen Gewicht der Laborleistung, ist zu vermuten, dass die Vergütungsdifferenz bei dem GOÄ-EBM-Ziffernvergleich eher überschätzt wird. Da aber mögliche geringere Mengen an Leistungen bei Kassenpatienten auch hier nicht erfasst werden, relativiert sich die Überschätzung wieder. So

²⁰ Siehe: Brück (1999), S. 1204.10.

²¹ Bei der Umrechnung von dem in der Studie angegebenen Wert 3,9 wird von einem durchschnittlichen Steigerungssatz in der GOÄ von 2,3 ausgegangen, so dass gilt:

$2,3 * \text{GOÄ-Einheitsatz} = 3,9 * \text{EBM}$

Entsprechend:

$(2,3/3,9) * \text{GOÄ-Einheitsatz} = \text{EBM} \Rightarrow 0,59 * \text{GOÄ-Einheitsatz} = \text{EBM}$.

existierten im Jahr 2001 beispielsweise Praxisbudgets, die eine fallzahlabhängige Obergrenze für insgesamt von einem Arzt abrechenbare Leistungen für GKV-Patienten festlegten.

3.3. Entwicklung der Jahre 2001 bis 2006 anhand der Bewertung des Mehrumsatzes

Einen anderen Weg als die Gegenüberstellung der Abrechnungsziffern aus EBM und GOÄ stellt die Gegenüberstellung der Gesamtumsätze von PKV- und GKV-Versicherten dar, um Aussagen über die Vergütungsunterschiede zu erhalten. Diesen Weg gehen die Studien des WIP,²² die für die Jahre seit 2001 den sogenannten Mehrumsatz der PKV-Versicherten berechnen. Der wesentliche Unterschied dieses Ansatzes ist hier, dass damit das unterschiedliche Leistungsspektrum in der PKV und in der GKV berücksichtigt wurde.

Der Mehrumsatz ergibt sich dadurch, dass privat Versicherte nicht in der GKV, sondern in der PKV versichert sind. Jedem PKV-Versicherten wurden in diesen Untersuchungen seinen eigenen Zahlungen ins Gesundheitssystem der Betrag gegenübergestellt, den die GKV für ihn entrichtet hätte. Verwendet wurden die Durchschnittswerte nach Alter und Geschlecht. Auf der PKV-Seite sind in den Daten die Leistungsausgaben der PKV-Unternehmen und der Beihilfe enthalten. Vom Versicherten selbst getragene Rechnungen, auch aufgrund von Selbstbehalten oder erwarteten Beitragsrückerstattungen, sind nur soweit eingeschlossen, wie die PKV davon Kenntnis erhält. Dies dürfte nur bei dem kleinsten Teil der selbst getragenen Rechnungen der Fall sein. Damit wird der Umsatz der PKV-Versicherten mit großer Wahrscheinlichkeit deutlich zu niedrig geschätzt.

Die Gegenüberstellung der Gesundheitsausgaben im ambulanten Bereich zeigte, dass die Ausgaben der PKV-Versicherten²³ ca. um das **2,4fache** über den vergleichbaren Ausgaben für GKV-Versicherte im ambulanten Bereich und hier speziell bei den Arzthonoraren lagen. Dieser Wert schwankte im Laufe der Zeit etwas. Hauptursache waren die Eingriffe des Gesetzgebers insbesondere durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz im Jahr 2004 und die Einführung des neuen EBMs im Jahr 2005, der – wie oben gezeigt – die Vergütungsstruktur in der GKV deutlich geändert hat.

²² Vgl. Niehaus/Weber (2005), Niehaus (2006), (2007) und (2008).

²³ Hier sind Beihilfezahlungen und die erfassten Selbstbehalte enthalten.

Tabelle 4

Vergleich der Umsätze im ambulanten Bereich (Arzthonorar)			
Jahr	Tatsächlicher Umsatz der PKV-Versicherten in Mrd. €	Hypothetischer Umsatz in der GKV in Mrd. €	Verhältnis tatsächlicher zu hypothetischer Umsatz
2001	5,836	2,486	2,35
2002	6,177	2,662	2,32
2003	6,537	2,877	2,27
2004	6,788	2,682	2,53
2005	7,145	2,944	2,43
2006	7,532	3,157	2,39

Der Vergleich der Umsätze beinhaltet sowohl den Preiseffekt als auch den vergütungsbedingten Mengeneffekt. Der morbiditätsbedingte Mengeneffekt wurde weitgehend herausgerechnet, da den PKV-Versicherten im Hinblick auf die Alters- und Geschlechtsstruktur identische GKV-Versicherte gegenübergestellt wurde. Die höheren Zahlungen der PKV-Versicherten rühren somit in erster Linie aus den höheren Vergütungen der Leistungen in der GOÄ im Vergleich zum EBM her, wobei die nicht eingereichten Rechnungen die tatsächliche Differenz vergrößern dürften.

Die oben beschriebenen Rationierungselemente in der GKV sind in zweiter Linie für die geringeren Vergütungen der GKV-Versicherten verantwortlich.

3.4. Studie mit Daten der Techniker Krankenkasse

Die Berechnung im Rahmen eines von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Projekts²⁴ bestätigt die Ergebnisse der Mehrumsatzstudien des WIP. Es wurde hier ermittelt, dass eine Behandlung nach GOÄ im Schnitt **2,28-mal** mehr kostet als nach EBM. Dieser Faktor liegt sehr nah an dem aus den Mehrumsatzstudien. Damit dürfte in etwa nur der **Einfachsatz** in der GOÄ angesetzt werden, um eine der GKV entsprechende Vergütung zu erreichen.

Anders als in der Mehrumsatzstudie wurden von Walendzik et al. Daten von Versicherten der Techniker Krankenkasse (TK) genutzt, die einen Kostenerstattungstarif gewählt hatten. Damit kann davon ausgegangen werden, dass die Leistungsstrukturen in der GKV zumindest teilweise berücksichtigt werden. Je mehr allerdings Kostenerstattungspatienten zu echten „Privatpatienten“ werden, desto eher wird auch hier ein PKV-Leistungsspektrum zugrunde gelegt. Diese Versicherten bekommen – wie Privatversicherte – beim Arzt eine Rechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte. Die Krankenkasse erstattet aber nur den Betrag, der

²⁴ Vgl. Walendzik et al. (2008).

auch für einen gesetzlich Versicherten nach dem Einheitlichen Gebührenmaßstab (EBM) erstattet würde. Für die Umrechnung verfügt die TK über ein Programm. Von den ca. 20.000 Versicherten, die diese Erstattungsform gewählt haben, liegen in etwa 400.000 Abrechnungspositionen vor. Hieraus wurde errechnet, dass eine Behandlung als Kostenerstattungspatient im Jahr 2006 im Schnitt **2,28-mal** mehr kostet als bei den übrigen Kassenpatienten nach EBM.

Grundlage für den Vergütungsvergleich ist hier die Leistungsstruktur der Kostenerstattungspatienten in der TK. Hierbei dürfte es sich um eine spezielle Gruppe von Versicherten handeln, die ein besonderes Inanspruchnahmeverhalten haben. Damit ist eine besondere Gewichtung der Leistungspositionen verbunden, welches die Aussagekraft der Studie für andere Versicherte und besonders für Basistarifversicherte schmälert.

Mengeneffekte werden hier nicht berücksichtigt, da nur die Leistungen der Kostenerstattungspatienten von einer GOÄ in EBM-Vergütung umgerechnet werden. Mögliche Mengenausweitungen bei PKV-Versicherten und Selbstzahlern bleiben damit außen vor.

3.5. Weitere Anhaltspunkte zum Verhältnis EBM zu GOÄ

Neben den beschriebenen Studien gibt es weitere Anhaltspunkte, die zu einer Abschätzung des Verhältnisses der Vergütung nach EBM und GOÄ herangezogen werden können. Im Mediziner Lexikon im Internet²⁵ finden sich Beispiele für unterschiedliche Abrechnungen bei gleicher Leistung (siehe Anhang II). Es wird der EBM2008 mit der GOÄ verglichen. Hier wird das Fazit gezogen, dass die Quote PKV:GKV nach den dort aufgeführten Beispielen bislang im Mittel 2,7:1 beträgt, die Vergütung nach GOÄ also das **2,7fache** der Vergütung nach EBM bedeutet.

Aufgrund der geringen Zahl an Beispielen, die sicherlich auch einer Selektion unterliegen, kann dieses Ergebnis aber nur ein grober Hinweis sein, dass die vorangegangenen Ergebnisse auf jeden Fall nicht zu hoch angesetzt sind.

In die gleiche Richtung zeigt ein Hinweis der Privatärztlichen Verrechnungsstelle (PVS).²⁶ Auf die Frage, wie die gesetzlichen Krankenkassen die GOÄ in den EBM umrechnen, wird darauf verwiesen, dass einige Kassen – wie die oben schon erwähnte Techniker Krankenkasse – Programme entwickelt hätten, die eine Umrechnung der einzelnen Leistungen erlauben. Andere Kassen würden einen festen Umrechnungsfaktor zwischen der GOÄ mit einfachem

²⁵ Quelle: Das Mediziner Lexikon (2009).

²⁶ Vgl. PVS (2009).

Steigerungsfaktor und dem EBM vorgeben. Diese Faktoren lägen zwischen 0,6 und 0,8. Unterstellt man den von den Ärzten in der Regel angesetzten Steigerungsfaktor von 2,3, ergibt sich so eine Vergütung nach GOÄ, die um das **2,875 bis 3,83fache** über dem EBM liegt. Hinter diesen Werten stehen keine fundierten Studien, so dass sie hier nur erwähnt werden, nicht aber in das Fazit mit einbezogen werden.

4. Die Situation nach der EBM-Reform

Wichtigste Neuerungen für die Beurteilung des aktuellen EBM, sind die Festsetzung eines festen Punktwertes von 3,5001 Cent und die Begrenzung der Menge durch Regelleistungsvolumina. Damit dürfte sich weder die erbrachte Menge an Leistungen noch der Wert der Leistungen entscheidend ändern.

Maßgeblich für die hier zu treffende Aussage ist im Endeffekt die Veränderung des Gesamtvolumens der Vergütung in der GKV. Der erweiterte Bewertungsausschuss hat einen Honorarzuwachs von 2,7 Mrd. € beschlossen. Diese Steigerung bezieht sich aber auf den Zuwachs von 2007 zu 2009. 2007 lagen die Leistungsausgaben in der GKV für ärztliche Behandlungen bei 23,11 Mrd. €. ²⁷ Da aber schon von 2007 auf 2008 das Honorarvolumen um 1,7 Mrd. € angewachsen ist, bleibt für den Zuwachs von 2008 zu 2009 kein großes Potential. Die nun abgelöste Regelung eines Wachstums des Gesamtvolumens entsprechend des Anstiegs des Grundlohnes führte in der Vergangenheit zu ähnlich hohen Zuwächsen. Im Endeffekt steigt die Vergütung in der Größenordnung der Vorjahre. ²⁸ Die aktuelle Diskussion zeigt aber, dass diese Zuwächse je nach Kassenärztlicher Vereinigung und Fachrichtung sehr unterschiedlich ausfallen, mitunter sogar negativ werden. Hier wird noch nach Lösungen gesucht, die zu Änderungen der Vergütungsregeln führen können.

An dieser Stelle lässt sich abschließend feststellen: Bleibt der beschlossene Gesamtzuwachs des Honorars mit 2,7 Mrd. € bestehen, behalten die Ergebnisse der älteren Studien für den Vergütungsvergleich im Kern ihre Aussagekraft, da sich die Vergütung in der GKV im Gesamtvolumen nicht entscheidend verändert. Die GOÄ besteht 2009 unverändert fort, so dass hier keine Änderungen erfolgen.

²⁷ Vgl. Bundesgesundheitsministerium (2008).

²⁸ Mit Ausnahme der Entwicklung von 2003 zu 2004. Hier gab es aufgrund des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes einen deutlichen Rückgang der ärztlichen Honorare.

5. Fazit

Es zeigte sich, dass ein uneingeschränkt für alle Fragestellungen gültiger, objektiver Vergleich der beiden Gebührenordnungen nicht möglich ist. Als erste Hürde stellen sich die kaum direkt zuordenbaren Gebührenpositionen dar. Selbst wenn es möglich wäre, eine eins zu eins Übertragung der GOÄ in dem EBM durchzuführen, wäre die Ermittlung eines Durchschnittswertes nicht eindeutig, da das Gewicht der einzelnen Gebührenpositionen vom Abrechnungsverhalten abhinge und dies wiederum von der (relativen) Vergütung der einzelnen Leistungen.

Zusätzlich sind für die Bewertung der Attraktivität der Vergütung durch den Arzt die Regelungen zu beachten, die eine Rationierung in der GKV bewirken. Ein Arzt kann seine Vergütung aus der Versorgung der GKV-Versicherten nicht beliebig ausweiten. Anders sieht dies bei PKV- oder Basistarif-Versicherten aus. Die Vergütung aus der Behandlung dieser Patienten käme zu dem Umsatz mit Kassenpatienten hinzu, ohne Regelleistungsvolumina oder Plausibilitätsprüfungen zu berühren. Privatversicherte ermöglichen es dem Arzt, – genauso wie Basistarifversicherte – seinen Umsatz und damit seinen Gewinn zu erhöhen.

Ein Überblick über die bisherigen Arbeiten zu einem GOÄ/EBM Abrechnungsvergleich zeigen, dass das niedrigste Verhältniswert 2,25 ist, der allerdings schon aus dem Jahr 1991 stammt. Die aktuelleren Ergebnisse legen ein Verhältnis von in jedem Fall über dem 2,28fachen nahe.

Tabelle 5

Vergleich der Ergebnisse zum Vergütungsverhältnis der Ärzte bei der Behandlung von PKV-Versicherten versus GKV-Versicherten						
Studie	Jahr des Vergleichs	Umrechnung GOÄ in EBM $x \cdot \text{GOÄ-}$ Einfachsatz= EBM	Umrechnung EBM in GOÄ $y \cdot \text{EBM} =$ $2,3 \cdot \text{GOÄ-}$ Einfachsatz	Überschätzung des Umrechnungs- faktors GOÄ in EBM	Gewichtung/ Mengen- verteilung	
BASYS-Studie (BASYS 1993)	1991	1,02	2,25	Ja	PKV-Rechnungen nach GOÄ	
Vergleich EBM-GOÄ- Ziffern (Niehaus/Weber 2005)	2001	0,59	3,9	Nein	PKV-Rechnungen nach GOÄ	
Mehrumsatzstudien - (Niehaus/Weber 2005)	2001	0,98	2,35	Nicht eindeutig	PKV-Umsatz nach GOÄ und GKV- Umsatz nach EBM	
	2002	0,99	2,32			
	2003	1,01	2,27			
	- (Niehaus 2006a)	2004	0,91			2,53
	- (Niehaus 2006b)	2005	0,95			2,43
- (Niehaus 2007)	2006	0,96	2,39			
Studie der Hans- Böckler-Stiftung (Walenzik et al. 2008)	2006	1,01	2,28	Ja	TK- Kostenerstattungs- patienten	

Würde man die obere Grenze der Ergebnisse ansetzen, um eine dem EBM entsprechende Vergütung zu erhalten, dürfte der Arzt bei der GOÄ ab 2009 somit nur den **1,02fachen** Steigerungsfaktor ansetzen und nicht wie üblich den 2,3fachen. Berücksichtigt man dagegen die untere Grenze, die von einer direkten Zuordnung der Gebührenziffer ausgeht, wäre es ein Steigerungsfaktor von **0,6**, der dann deutlich unter dem Einfachsatz läge.

Alles in Allem erscheint der Einzelsatz der GOÄ einer gleichen Vergütung sehr nahe zu kommen. Eine Differenzierung zwischen vom Arzt selbst erbrachten Leistungen, technische Leistungen und Laborleistungen wurde hier nicht erwogen, wäre aber zu überdenken. Dies würde aber bedeuten, dass besonders Laborleistungen deutlich unter dem 1fachen Satz abzurechnen wären, was die GOÄ bisher nicht ermöglicht, da der Einzelsatz bisher nicht unterschritten werden darf.

Literatur:

BASYS (1993): Unterschiede in der Bezahlung ärztlicher Leistungen zwischen der privaten und der gesetzlichen Krankenversicherung, unveröffentlichtes Manuskript.

Bundesgesundheitsministerium (2008), Kennzahlen und Faustformeln, Berlin.

Bundesverband für ambulantes Operieren e.V. (2005) BAO-Depesche 10 vom 15.07.2005 unter <http://www.operieren.de>, letzter Aufruf: 10.03.2009.

Brück, D. (Begr.) (1999), Kommentar zur Gebührenordnung der Ärzte, 3. Auflage, Stand 1999, Deutscher Ärzte Verlag, Köln, S. 1204.9-1240.99.

Brück, D. (Begr.) (2007), Kommentar zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), 3. Auflage, Stand: 1. April 2007, Deutscher Ärzte Verlag, Köln.

Keßler, T. (2008), Leistungsausgaben und Häufigkeitsverteilung von Honorarziffern in der ambulanten ärztlichen Versorgung 2005/2006, Diskussionspapier des Wissenschaftliches Instituts der PKV 2/08, Köln.

Lang, M. H., Schäfer, F.-H., Stiel, H., Vogt, W. (Hrsg.) (2002), Der GOÄ-Kommentar: Ausführliche Interpretation der Gebührenordnung; Tipps und Abrechnungsbeispiele der privatärztlichen Abrechnungspraxis, 2. aktualisierte Auflage, 2002, Stuttgart, New York, Thieme-Verlag.

Mediziner Lexikon (2009), Untersuchung - Honorar GOÄ - Honorar EBM 2008 – Verhältnis, Letzter Abruf 3.02.2009: http://www.arztwiki.de/wiki/Honorarvergleich_EBM-GOÄ_anhand_ausgewählter_Beispiele.

Niehaus, F., Weber, C. (2005), Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten zum Gesundheitswesen, Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln.

Niehaus, F. (2006a), Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2004, Diskussionspapier des Wissenschaftliches Instituts der PKV 1/06, Köln.

Niehaus, F. (2006b), Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2005, Diskussionspapier des Wissenschaftliches Instituts der PKV 10/06, Köln.

Niehaus, F. (2007), Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2006, Diskussionspapier des Wissenschaftliches Instituts der PKV, Köln.

PVS (2009), PVS/ Know-how, News & Tipps für den Praxisalltag, Abruf aus dem Internet: www.pvs-infodok.de/download/4/dokument_415.pdf Letzte Aufruf 03.02.2009.

Schulze Ehring, S. (2005) (Institutionelle) Verwaltungskosten im System der GKV und PKV - eine kritische Vergleichsanalyse, unveröffentlichtes Manuskript, Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln.

Schulze Ehring, S. (2006) Verwaltungskosten: Wie sachgerecht sind Kennzahlenvergleiche?, in PKV Publik 9/2006, S. 101-102.

Verband der privaten Krankenversicherung (2006a), Rechenschaftsbericht der privaten Krankenversicherung 2006, Köln.

Verband der privaten Krankenversicherung (2006b), Zahlenbericht 2005/2006, Köln.

Verband der privaten Krankenversicherung (2007), Zahlenbericht 2006/2007, Köln.

Verband der privaten Krankenversicherung (2008), Zahlenbericht 2007/2008, Köln.

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, Diskussionsbeitrag aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften Universität Duisburg-Essen, Bericht zu einem von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Projekt.

Wasem, J., Walendzik, A. (2008) Reform der ambulanten ärztlichen Vergütung: Mehr Rationalität durch stärkere Zentralisierung?, in: Wirtschaftsdienst 88. Jahrgang, Heft 10, S. 640-647.

Anhang I

Tabelle 6

GOÄ-Ziffer	GOÄ-Einfachsatz in €	Durchschnittlicher Betrag	Art der Behandlung	Vergleichbare EBM-Nr.	EBM-Betrag in €	Verhältnis GOÄ-Betrag/EBM-Betrag
207	11,40	26,01	Zinkleinverband o. Tape-Verb. gr. Gelenk	214	17,48	1,49
404	28,50	28,78	Zuschlag Frequenzspektrumanalyse	682	19	1,51
263	10,26	24,56	Subkutane Hyposensibilisierungsbehandlung	359	13,68	1,80
870	85,50	201,86	Verhaltenstherapie, Einzelb., mind. 50 Min	881/882	110,2	1,83
719	28,61	64,52	Funktionelle Entwickl.g. Therapie m.45 Min	960	34,2	1,89
5100	34,20	61,94	Röntgen HWS 2 Ebenen	5030	30,4	2,04
1403	18,01	32,55	Tonschwellenaudiometrie	1591	15,2	2,14
29	50,16	115,57	Früherkennungsuntersuchung, Erwachsene	160	51,68	2,24
11	6,84	15,74	Digitaluntersuchung Mastdarm, Prostata	360	6,84	2,30
301	18,24	42,44	Punktion, Elleb., Knie, Wirbelgelenk	301	18,24	2,33
740	8,09	18,44	Kryotherapie der Haut, je Sitzung	900	7,6	2,43
3741	22,80	26,18	Kollagen, Quantitativ	4365	10,5	2,49
567	10,37	19,03	Phototherapie mit U.V.-Spektrum, je Sitz.	564	7,6	2,50
4851	14,82	27,34	Zytologische Unters. zur Krebsdiagnostik	155	10,64	2,57
652	50,73	118,25	EKG mit Ergometrie	604	45,6	2,59
4548	18,24	20,86	Bakt.-Identif. bunte Reihe je Keim	4722	8	2,61
3306	16,87	39,77	Chirotherapeut. Eingriff an der W.S.	3210	15,2	2,62
403	17,10	30,86	Zuschlag sonog. transkavitärer Unters.	388	11,4	2,71
5040	34,20	61,86	Beckenübersicht	5024	22,8	2,71
5105	45,60	82,71	Röntgen BWS/LWS 2 Ebenen, je Teil	5030	30,4	2,72
5836	114,00	217,41	Bestrahlung mittels Beschleuniger	7024	79,8	2,72
50	36,48	83,97	Besuch einschließlich Ber., Untersuchung	25	30,4	2,76
5266	51,30	94,98	AMammographie einer Seite, 2 Ebenen	5092	34,2	2,78
5035	18,24	33,18	Rö Skelett-Teile, je Teil	5023	11,4	2,91
1407	20,75	47,29	Impedanzmessung	1597	15,96	2,96
645	74,10	140,63	Dopplersonographie, Hirn-/Perorbit.Art.	680	45,6	3,08
390	6,84	15,73	Intrakutantest, je Test, 1. bis 20. Test	353	4,94	3,18
4021	28,50	32,84	Hormonb. Ligan. Follitropin FSH	4211	10	3,28
3561	22,80	26,21	Glykierte Hämoglobine (HbA1, HbA1c)	3722	7,85	3,34
1242	17,33	41,04	Binokulare Untersuchung	1242	12,16	3,38
792	50,16	113,66	Ärztl. Betr. b. Zentr./praxisdial., j.D.	792	33,44	3,40
385	5,13	11,72	Pricktest, je Test, max. 20	350	3,42	3,43
380	3,42	7,83	Epikutantest, je Test, 1. bis 30. Test	345	2,28	3,43
386	3,42	7,83	Pricktest 21. bis 40. Test	351	2,28	3,43
3742	28,50	32,75	Ferritin	4166	9,5	3,45
3572	28,50	32,80	Immunglobulin E (IgE)	4310	9,5	3,45
1216	10,37	23,77	Unters.a.Heterophorie/Strabismus	1216	6,84	3,48
3905	28,50	32,72	Carcinoembryonales Antigen CEA	4164	9,4	3,48
3908	34,20	39,51	Prostata-spezifische Antigene PSA	4208	11	3,59
4850	9,92	18,04	Zytologische Unters. zur Zyklus-Phasenbe	4950	4,94	3,65

GOÄ-Ziffer	GOÄ-Einfachsatz in €	Durchschnittlicher Betrag	Art der Behandlung	Vergleichbare EBM-Nr.	EBM-Betrag in €	Verhältnis GOÄ-Betrag/EBM-Betrag
1530	20,75	48,03	Laryngoskopie, Kehlkopf	1500	12,92	3,72
828	68,97	158,47	Messung von Hirnpotentialen, VEA,AEP,SSP	805	42,56	3,72
827	68,97	159,50	Elektroenzephalographische Untersuchung	802	42,56	3,75
1256	11,40	20,59	Applanationstonometrie	1256	5,32	3,87
1217	27,59	62,93	Unters.des Binokularen Schaktes	1218	15,96	3,94
602	17,33	31,14	Oxymetrische Untersuchung(en)	720	7,6	4,10
1418	20,52	46,99	Endosk.Unters.d.Nasenhaupthöhlen/Nasenrr	1410	11,4	4,12
1241	17,33	40,98	Gonioskopie	1241	9,88	4,15
290	13,68	32,02	Infiltration gewebehärtendes Mittel	290	7,6	4,21
4039	39,90	45,26	Hormonb. Ligan. Östradiol	4215	10	4,53
272	20,52	47,25	Infusion, intravenös mehr als 30 Min.	273	9,88	4,78
3652	3,99	4,60	Streifentest im Urin, je Untersuchung	3500	0,95	4,84
3605	5,70	6,56	Partielle Thromboplastinzeit PTT	3822	1,1	5,96
3607	5,70	6,56	Thromboplastinzeit (Quickwert)	3823	1,1	5,96
3524	11,40	13,14	C-reaktives Protein CRP	3850	2,2	5,97
3511	5,70	6,56	Teststreifenuntersuchung	3500	0,95	6,91
3589	4,56	5,25	Cholinesterase	3691	0,75	7,00
3588	5,70	6,53	Alpha-Amylase	3685	0,75	8,71
3556	3,42	3,93	Chlorid	3697	0,45	8,73
3557	3,42	3,93	Kalium	3694	0,45	8,73
3558	3,42	3,93	Natrium	3696	0,45	8,73
3598	5,70	6,56	Lipase	3686	0,75	8,75
3573	3,42	3,94	Gesamt-Protein Serum/Plasma	3660	0,45	8,76
3711	4,56	5,27	Blutsenkung	3550	0,5	10,54
3575	11,40	13,10	Transferrin	3743	1,2	10,92
3564	4,56	5,23	LDL-Cholesterin	3666	0,45	11,62
3590	4,56	5,23	Creatinkinase CK	3687	0,45	11,62
3555	4,56	5,24	Calcium	3695	0,45	11,64
3560	4,56	5,24	Glukose	3661	0,45	11,64
3563	4,56	5,24	HDL-Cholesterin	3665	0,45	11,64
3597	4,56	5,24	Laktatdehydrogenase LDH	3688	0,45	11,64
3562	4,56	5,25	Cholesterin	3664	0,45	11,67
3565	4,56	5,25	Triglyzeride	3667	0,45	11,67
3581	4,56	5,25	Bilirubin, gesamt	3662	0,45	11,67
3583	4,56	5,25	Harnsäure	3668	0,45	11,67
3584	4,56	5,25	Harnstoff	3669	0,45	11,67
3587	4,56	5,25	Alkalische Phosphatase	3680	0,45	11,67
3592	4,56	5,25	Gamma-Glutamyltranspeptidase Gamma-GT	3683	0,45	11,67
3595	4,56	5,25	Glutamatpyruvattransaminase GPT	3682	0,45	11,67
3620	4,56	5,25	Eisen	3698	0,45	11,67
3594	4,56	5,26	Glutamatoxalazetattransaminase GOT	3681	0,45	11,69
3714	4,56	5,39	pH-Wert (nicht Blut/Urin)	3503	0,45	11,98
3530	13,68	15,73	Thromboplastinzeit (Quickwert)	3823	1,1	14,30
3501	6,84	7,90	Blutsenkung	3550	0,5	15,80

GOÄ-Ziffer	GOÄ-Einfachsatz in €	Durchschnittlicher Betrag	Art der Behandlung	Vergleichbare EBM-Nr.	EBM-Betrag in €	Verhältnis GOÄ-Betrag/EBM-Betrag
3514	7,98	7,84	Glukose	3661	0,45	17,42
3574	22,80	26,22	Proteinelektrophorese Serum	3800	1,5	17,48
3502	13,68	15,82	Differenzierung, Blutausstrich	3620	0,8	19,78
3654	9,12	10,47	Zellzählung im Urin (Addis-Count)	3623	0,5	20,94
4710	9,12	10,47	Mik. Pilz-Nachw. je Material	3602	0,5	20,94
3509	11,40	13,14	Mikroskopie, einfache Färbung, je Mat.	3602	0,5	26,28

Anhang II

Beispiele der Seite des Mediziner Lexikons über unterschiedliche Abrechnungen GOÄ-EBM2008 bei gleicher Leistung.²⁹

- **Allergietest plus Lungenfunktion**
Allergietest (Pricktest 1. bis 20. Test je Behandlungsfall):
GOÄ-Ziffer 385 x 20 = **120,60 Euro**
EBM-Ziffer 30111 = **45,32 Euro** (Punktwert 3,5 ct)
Verhältnis: 2,7:1
- **Bodyplethysmographie** incl. BGA, Diff.kapazität:
GOÄ-Ziffer ? = **138 Euro**
EBM-Ziffer 13650 = **33 Euro** (Punktwert 3,3 ct)
Verhältnis: 4,2:1
- **Fundusspiegelung**
GOÄ-Ziffer 1242 = **20,38 Euro** (2,3-fach) für ein oder beide Augen
EBM-Ziffer 06333 = **5,08 Euro** (145 Punkte x 3,5 Cent) für ein Auge
Verhältnis: 2:1 bei beiden Augen 4:1 bei einem Auge
- **Gastroskopie**
Tonschwellenaudiometrie (8-12 Prüffrequenzen, in Luft- und Knochenleitung, auch mit Vertäubung)
GOÄ-Ziffer 1403 = **16,58 Euro**
EBM-Ziffer 09320 = **14,52 Euro** (415 Punkte x 3,5 Cent)
Verhältnis: 1,1:1
- **Knie-MRT (ohne Kontrastmittel)**
GOÄ-Ziffer 5729 = **251,80 Euro** (1,8-fach)
EBM-Ziffer 34450 = **120,05 Euro** (Punktwert 3,5 Cent)
Verhältnis: 2,1:1
- **Neugeborenen-Hörscreening**
GOÄ-Ziffer 1409 = **53,63 Euro**
EBM-Ziffer 09324 = **11,90 Euro** (Punktwert 3,5 Cent)
Verhältnis: 4,5:1
- **Gleichgewichtsuntersuchung**
GOÄ-Ziffer 1412, 1413, 800 = **73,87 Euro**
EBM-Ziffer 09325 = **26,25 Euro** (Punktwert 3,5 Cent)
Verhältnis: 2,8:1

²⁹ Quelle: Das Mediziner Lexikon, Untersuchung - Honorar GOÄ - Honorar EBM 2008 – Verhältnis, Letzter Abruf 27.01.2009: http://www.arztwiki.de/wiki/Honorarvergleich_EBM-GOÄ_anhand_ausgewählter_Beispiele.