

**Wissenschaftliche Begleitung zur Einführung des EBM 2008  
Ergebnisse der Komplettdatenanalyse  
Vergleich der Zeiträume I-IV.2008 mit I-IV.2007**



**WIdO**  
Wissenschaftliches  
Institut der AOK



ZENTRALINSTITUT  
für die kassenärztliche Versorgung  
in der Bundesrepublik Deutschland

**Autoren****Institut des  
Bewertungs-  
ausschusses**

D. Horenkamp-Sonntag  
R. Herzog  
W. Grimm  
F. Timmer

**Wissenschaftliches  
Institut  
der AOK**

J. Klose

**Zentralinstitut  
für die kassenärzt-  
liche Versorgung**

H. Koch  
J. Heuer

**Adressen und Kontakt**

Institut des Bewertungsausschusses (InBA)  
Wilhelmstr. 138, 10963 Berlin  
Telefon: 030 8145260-0, Telefax: 030 8145260-19  
E-Mail: [info@institut-ba.de](mailto:info@institut-ba.de)

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)  
Rosenthaler Str. 31, 10178 Berlin  
Telefon: 030 34646-2393, Telefax: 030 34646-2144  
E-Mail: [wido@wido.bv.aok.de](mailto:wido@wido.bv.aok.de)

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI)  
Herbert-Lewin-Platz 3, 10623 Berlin  
Telefon: 030 4005-2400, Telefax: 030 39493739  
E-Mail: [zi@kbv.de](mailto:zi@kbv.de)

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Gegenstand der wissenschaftlichen Begleitung.....</b>	<b>12</b>
1.1	Analysegrund: Änderungen im EBM zum 01.01.2008.....	12
1.2	Analyseauftrag .....	13
1.3	Untersuchungsmodule.....	14
1.4	Methodik der Komplettdatenanalyse .....	15
<b>2</b>	<b>Eckpunkte der Veränderung im Zeitvergleich.....</b>	<b>17</b>
2.1	Leistungsbedarf und Fallzahlen.....	17
2.2	Leistungsbedarf je Fall und Kassenart.....	21
2.3	Überweisungsanteil.....	22
2.4	Vertretungsfälle .....	24
2.5	Gebührenordnungspositionen je Fall.....	26
2.6	Leistungsbedarfsveränderung je Fall nach Praxen.....	29
2.7	Verteilungsanalyse .....	34
<b>3</b>	<b>Ursachenanalyse nach Fachgruppen .....</b>	<b>38</b>
3.1	Methodik der fachgruppenbezogenen Ursachenanalyse .....	38
3.1.1	Ausmaß der Differenzierungsebenen .....	38
3.1.2	Methodische Limitationen .....	39
3.2	Hausärztliche Praxen.....	40
3.2.1	Allgemeinmediziner .....	40
3.2.2	Hausarzt-Internisten .....	46
3.2.3	Hausärztlich fachübergreifende Praxen.....	51
3.2.4	Kinderärzte.....	52
3.3	Fachärztliche Praxen .....	59
3.3.1	Anästhesisten.....	59
3.3.2	Ärzte für psychosomatische Medizin .....	64
3.3.3	Ärztliche Psychotherapeuten .....	67
3.3.4	Augenärzte.....	70
3.3.5	Chirurgen.....	75
3.3.6	Fachärztlich fachübergreifende Praxen .....	80
3.3.7	Fach-Internisten (Gesamt) .....	80
3.3.8	a) Gastroenterologen.....	81
3.3.9	b) Hämatologen/Onkologen .....	86
3.3.10	c) Kardiologen .....	91
3.3.11	d) Nephrologen .....	97
3.3.12	e) Pneumologen .....	103
3.3.13	f) Sonstige Fach-Internisten .....	108
3.3.14	Gynäkologen .....	109
3.3.15	Hautärzte.....	115
3.3.16	HNO-Ärzte .....	121
3.3.17	Kinder-/Jugendlichen-Psychotherapeuten.....	126
3.3.18	Kinder- und Jugendpsychiater.....	129

3.3.19	MKG-Chirurgen .....	132
3.3.20	Nervenärzte.....	135
3.3.21	Neurologen .....	140
3.3.22	Orthopäden.....	145
3.3.23	Pathologen .....	151
3.3.24	Psychiater.....	154
3.3.25	Psychologische Psychotherapeuten.....	159
3.3.26	Radiologen .....	162
3.3.27	Urologen.....	167
3.3.28	Versorgungsbereich-übergreifende Praxen .....	171
3.4	Sonstige .....	172
<b>4</b>	<b>Auswertungen zu besonderen Fragestellungen .....</b>	<b>173</b>
4.1	Kalkulationszeiten / Zeithaushalte .....	173
4.2	Onkologische Zusatzpauschalen .....	173
4.3	Strahlentherapeuten.....	175
4.4	Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen .....	177
4.5	Chronikerzuschläge im hausärztlichen Versorgungsbereich.....	178
4.6	Qualitätszuschläge im hausärztlichen Versorgungsbereich.....	179
4.7	Hausärztliche Schwerpunktpraxen.....	179
4.8	Schmerztherapie gemäß Abschnitt 30.7 .....	181
4.9	Entwicklung Überweisungsgeschehen und Vertretungsfälle.....	182
4.10	Beschlussfassung (Erweiterter) Bewertungsausschuss zur Bewertung von Leistungen verschiedener Fachgebiete.....	182
4.11	Allgemeine Bestimmung 4.1 .....	183
4.12	Allgemeine Bestimmung 5.1 .....	183
<b>5</b>	<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>187</b>
5.1	Analyseauftrag und Datengrundlage .....	187
5.2	Bewertungs-, Mengen- und Gesamt-Effekt .....	187
5.3	Überweisungsanteil, Vertretungsfälle, GOP je Fall .....	188
5.4	Differenzierung nach Praxisgröße, Verteilungsanalysen.....	189
5.5	Ursachenanalyse nach Fachgruppen.....	189
5.6	Sonderauswertungen .....	191
<b>6</b>	<b>Anlagen.....</b>	<b>192</b>
6.1	Tabellenband Komplettdatenanalyse: Basisauswertungen mit Jahresvergleich I-IV.2008 zu I-IV.2007 (Version 1.0 mit Stand 19.05.2009).....	194
6.2	Tabellenband Komplettdatenanalyse: Auswertungen für weitere ausgewählte Fachgruppen mit Quartalsvergleich I-IV.2008 zu I-IV.2007 (Version 1.0 mit Stand 19.05.2009) .....	246
6.3	Zusatzpauschale Onkologie.....	258

6.3.1	Sonderauswertung Onkologische Zusatzpauschalen erste Quartal 2008 (Version 1.0 mit Stand 27.11.2008).....	258
6.3.2	Sonderauswertung Onkologische Zusatzpauschalen zweite Quartal 2008 (Version 1.0 mit Stand 27.11.2008).....	279
6.3.3	Sonderauswertung Onkologische Zusatzpauschalen dritte Quartal 2008 (Version 1.0 mit Stand 12.06.2009).....	301
6.3.4	Sonderauswertung Onkologische Zusatzpauschalen vierte Quartal 2008 (Version 1.0 mit Stand 12.06.2009).....	322
6.4	Sonderauswertung Strahlentherapeuten .....	343
6.4.1	Sonderauswertung Leistungsbedarfsentwicklung für zugelassene und ermächtigte Strahlentherapeuten mit Quartalsvergleich III.2008 zu III.2007 (Version 1.0 mit Stand 16.04.2009) .....	343
6.4.2	Leistungsbedarfsstärkste Gebührennummern bei Strahlentherapeuten in III.2008 und III.2007 (Version 1.0 mit Stand 20.04.2009) .....	350
6.5	Sonderauswertung Versichertenpauschalen I-IV.2008 (Version 1.0 mit Stand 29.06.2009) .....	365
6.6	Sonderauswertung Chronikerzuschläge I.2008 (Version 1.0 mit Stand 15.02.2009).....	380
6.7	Sonderauswertung hausärztliche diabetologische Schwerpunktpraxen mit Vergleich I.2008 zu I.2007 (Version 1.1 mit Stand 29.09.2008) .....	386
6.8	Sonderauswertung zu Praxen mit Abrechnung ausgewählter schmerztherapeutischer Gebührenordnungspositionen I-IV.2008 (Version 1.0 mit Stand 02.06.2009) .....	411
6.9	Sonderauswertung für Gemeinschaftspraxen mit Vergleich I.2008 zu I.2007 (Version 10.10.2008).....	435

### Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Leistungsbedarf je Fall in den Quartalen der Jahre 2007 und 2008 in Nordrhein und Brandenburg.....	20
Abbildung 2:	Entwicklung des Leistungsbedarfs je Praxis und Fall nach Kassenarten im Vergleichszeitraum I-IV.2008 zu I-IV.2007 .....	21
Abbildung 3:	prozentuale Veränderung des Anteils der Abrechnungsgruppen am Gesamtleistungsvolumen im Vergleich I-IV.2008 zu I-IV.2007 in Nordrhein und Brandenburg .....	36
Abbildung 4:	Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei Allgemeinmedizinern .....	40
Abbildung 5:	Anzahl EBM-Punkte je Fall differenziert nach Leistungssegmenten und deren relative Veränderungen im Vergleich 2007 zu 2008 bei Allgemeinmedizinern .....	41
Abbildung 6:	Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs in Punkten von 2007 zu 2008 differenziert nach Leistungssegmenten, mit zusätzlichem Ausweis des Anteils an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Allgemeinmedizinern .....	42
Abbildung 7:	Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei Hausarzt-Internisten .....	46
Abbildung 8:	Anzahl EBM-Punkte je Fall differenziert nach Leistungssegmenten und deren relative Veränderungen im Vergleich 2007 zu 2008 bei Hausarzt-Internisten .....	47

Abbildung 9: Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs in Punkten von 2007 zu 2008 differenziert nach Leistungssegmenten, mit zusätzlichem Ausweis des Anteils an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Hausarzt-Internisten .....	48
Abbildung 10: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzel quartale 2008 gegenüber 2007 bei Kinderärzten.....	52
Abbildung 11: Anzahl EBM-Punkte je Fall differenziert nach Leistungssegmenten und deren relative Veränderungen im Vergleich 2007 zu 2008 bei Kinderärzten .....	53
Abbildung 12: Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs in Punkten von 2007 zu 2008 differenziert nach Leistungssegmenten, mit zusätzlichem Ausweis des Anteils an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Kinderärzten.....	54
Abbildung 13: Entwicklung der mittleren Leistungshäufigkeit je 100 Fälle für die GOP 04311 (Ganzkörperstatus) und GOP 04210 im Verlauf vom ersten bis zum vierten Quartal 2007 bei Kinderärzten .....	56
Abbildung 14: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzel quartale 2008 gegenüber 2007 bei Anästhesisten.....	59
Abbildung 15: Anzahl EBM-Punkte je Fall differenziert nach Leistungssegmenten und deren relative Veränderungen im Vergleich 2007 zu 2008 bei Anästhesisten.....	60
Abbildung 16: Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs in Punkten von 2007 zu 2008 differenziert nach Leistungssegmenten, mit zusätzlichem Ausweis des Anteils an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Anästhesisten .....	61
Abbildung 17: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzel quartale 2008 gegenüber 2007 bei Ärzten für psychosomatische Medizin .....	64
Abbildung 18: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzel quartale 2008 gegenüber 2007 bei Ärztlichen Psychotherapeuten .....	67
Abbildung 19: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzel quartale 2008 gegenüber 2007 bei Augenärzten.....	70
Abbildung 20: Anzahl EBM-Punkte je Fall differenziert nach Leistungssegmenten und deren relative Veränderungen im Vergleich 2007 zu 2008 bei Augenärzten.....	71
Abbildung 21: Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs in Punkten von 2007 zu 2008 differenziert nach Leistungssegmenten, mit zusätzlichem Ausweis des Anteils an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Augenärzten .....	72
Abbildung 22: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzel quartale 2008 gegenüber 2007 bei Chirurgen.....	75
Abbildung 23: Anzahl EBM-Punkte je Fall differenziert nach Leistungssegmenten und deren relative Veränderungen im Vergleich 2007 zu 2008 bei Chirurgen .....	76
Abbildung 24: Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs in Punkten von 2007 zu 2008 differenziert nach Leistungssegmenten, mit zusätzlichem Ausweis des Anteils an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Chirurgen.....	77
Abbildung 25: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzel quartale 2008 gegenüber 2007 bei Gastroenterologen.....	81

Abbildung 26: Anzahl EBM-Punkte je Fall differenziert nach Leistungssegmenten und deren relative Veränderungen im Vergleich 2007 zu 2008 bei Gastroenterologen.....	82
Abbildung 27: Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs in Punkten von 2007 zu 2008 differenziert nach Leistungssegmenten, mit zusätzlichem Ausweis des Anteils an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Gastroenterologen .....	83
Abbildung 28: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei Hämatologen/Onkologen.....	86
Abbildung 29: Anzahl EBM-Punkte je Fall differenziert nach Leistungssegmenten und deren relative Veränderungen im Vergleich 2007 zu 2008 bei Hämatologen/Onkologen.....	87
Abbildung 30: Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs in Punkten von 2007 zu 2008 differenziert nach Leistungssegmenten, mit zusätzlichem Ausweis des Anteils an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Hämatologen/Onkologen.....	88
Abbildung 31: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei Kardiologen .....	91
Abbildung 32: Anzahl EBM-Punkte je Fall differenziert nach Leistungssegmenten und deren relative Veränderungen im Vergleich 2007 zu 2008 bei Kardiologen.....	92
Abbildung 33: Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs in Punkten von 2007 zu 2008 differenziert nach Leistungssegmenten, mit zusätzlichem Ausweis des Anteils an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Kardiologen .....	93
Abbildung 34: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei Nephrologen .....	97
Abbildung 35: Anzahl EBM-Punkte je Fall differenziert nach Leistungssegmenten und deren relative Veränderungen im Vergleich 2007 zu 2008 bei Nephrologen .....	98
Abbildung 36: Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs in Punkten von 2007 zu 2008 differenziert nach Leistungssegmenten, mit zusätzlichem Ausweis des Anteils an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Nephrologen .....	99
Abbildung 37: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei Pneumologen.....	103
Abbildung 38: Anzahl EBM-Punkte je Fall differenziert nach Leistungssegmenten und deren relative Veränderungen im Vergleich 2007 zu 2008 bei Pneumologen.....	104
Abbildung 39: Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs in Punkten von 2007 zu 2008 differenziert nach Leistungssegmenten, mit zusätzlichem Ausweis des Anteils an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Pneumologen .....	105
Abbildung 40: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei Gynäkologen .....	109
Abbildung 41: Anzahl EBM-Punkte je Fall differenziert nach Leistungssegmenten und deren relative Veränderungen im Vergleich 2007 zu 2008 bei Gynäkologen .....	110
Abbildung 42: Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs in Punkten von 2007 zu 2008 differenziert nach Leistungssegmenten, mit zusätzlichem Ausweis des Anteils an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Gynäkologen .....	111

Abbildung 43: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei Hautärzten .....	115
Abbildung 44: Anzahl EBM-Punkte je Fall differenziert nach Leistungssegmenten und deren relative Veränderungen im Vergleich 2007 zu 2008 bei Hautärzten .....	116
Abbildung 45: Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs in Punkten von 2007 zu 2008 differenziert nach Leistungssegmenten, mit zusätzlichem Ausweis des Anteils an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Hautärzten .....	118
Abbildung 46: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei HNO-Ärzten .....	121
Abbildung 47: Anzahl EBM-Punkte je Fall differenziert nach Leistungssegmenten und deren relative Veränderungen im Vergleich 2007 zu 2008 bei HNO-Ärzten.....	122
Abbildung 48: Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs in Punkten von 2007 zu 2008 differenziert nach Leistungssegmenten, mit zusätzlichem Ausweis des Anteils an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei HNO-Ärzten .....	123
Abbildung 49: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten.....	126
Abbildung 50: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei Kinder- und Jugendpsychiatern .....	129
Abbildung 51: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen .....	132
Abbildung 52: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei Nervenärzten .....	135
Abbildung 53: Anzahl EBM-Punkte je Fall differenziert nach Leistungssegmenten und deren relative Veränderungen im Vergleich 2007 zu 2008 bei Nervenärzten .....	136
Abbildung 54: Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs in Punkten von 2007 zu 2008 differenziert nach Leistungssegmenten, mit zusätzlichem Ausweis des Anteils an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Nervenärzten .....	137
Abbildung 55: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei Neurologen .....	140
Abbildung 56: Anzahl EBM-Punkte je Fall differenziert nach Leistungssegmenten und deren relative Veränderungen im Vergleich 2007 zu 2008 bei Neurologen .....	141
Abbildung 57: Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs in Punkten von 2007 zu 2008 differenziert nach Leistungssegmenten, mit zusätzlichem Ausweis des Anteils an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Neurologen .....	142
Abbildung 58: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei Orthopäden.....	145
Abbildung 59: Anzahl EBM-Punkte je Fall differenziert nach Leistungssegmenten und deren relative Veränderungen im Vergleich 2007 zu 2008 bei Orthopäden.....	146



Abbildung 60: Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs in Punkten von 2007 zu 2008 differenziert nach Leistungssegmenten, mit zusätzlichem Ausweis des Anteils an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Orthopäden .....	147
Abbildung 61: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei Pathologen .....	151
Abbildung 62: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei Psychiatern.....	154
Abbildung 63: Anzahl EBM-Punkte je Fall differenziert nach Leistungssegmenten und deren relative Veränderungen im Vergleich 2007 zu 2008 bei Psychiatern .....	155
Abbildung 64: Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs in Punkten von 2007 zu 2008 differenziert nach Leistungssegmenten, mit zusätzlichem Ausweis des Anteils an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Psychiatern.....	156
Abbildung 65: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei psychologischen Psychotherapeuten .....	159
Abbildung 66: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei Radiologen .....	162
Abbildung 67: Anzahl EBM-Punkte je Fall differenziert nach Leistungssegmenten und deren relative Veränderungen im Vergleich 2007 zu 2008 bei Radiologen .....	163
Abbildung 68: Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs in Punkten von 2007 zu 2008 differenziert nach Leistungssegmenten, mit zusätzlichem Ausweis des Anteils an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Radiologen .....	164
Abbildung 69: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei Urologen .....	167
Abbildung 70: Anzahl EBM-Punkte je Fall differenziert nach Leistungssegmenten und deren relative Veränderungen im Vergleich 2007 zu 2008 bei Urologen .....	168
Abbildung 71: Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs von 2007 zu 2008 differenziert nach Leistungssegmenten, mit zusätzlichem Ausweis des Anteils an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Urologen.....	169
Abbildung 72: Anteil der Zusatzpauschale Onkologie am Leistungsbedarf je Fall in KV Brandenburg und Nordrhein im 2. Quartal 2008 differenziert nach Arztgruppen (Bezugsgröße sind alle onkologischen und nicht-onkologischen Fälle aller Praxen je Fachgruppe) .....	174
Abbildung 73: Anzahl EBM-Punkte je Fall differenziert nach Leistungssegmenten und deren relative Veränderungen im Vergleich III.2007 zu III.2008 bei Strahlentherapeuten.....	176
Abbildung 74: Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs in Punkten von III.2007 zu III.2008 differenziert nach Leistungssegmenten, mit zusätzlichem Ausweis des Anteils an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Strahlentherapeuten.....	177
Abbildung 75: mittlere Leistungshäufigkeit Chronikerzuschlag je 100 Fälle für Allgemeinärzte, Hausarzt-Internisten und Kinderärzte in KV Brandenburg und Nordrhein in 2008 differenziert nach Quartalen .....	178

Abbildung 76: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei Medizinischen Versorgungszentren .....	185
---	-----

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Veränderungsanalyse des Leistungsbedarfs und der Fallzahl nach Abrechnungsgruppen; Veränderung bezogen auf den Vergleich des Zeitraums I-IV.2007 gegenüber I-IV.2008.....	18
Tabelle 2: Veränderungsanalyse des Leistungsbedarfs und der Fallzahl – Übersicht für alle Abrechnungsgruppen (insgesamt) im zeitlichen Verlauf; Cave: die Anzahl der Praxen differiert in Abhängigkeit vom Untersuchungszeitraum, deshalb sind die Ergebnisse der unterschiedlichen Zeiträume nur eingeschränkt miteinander vergleichbar.....	19
Tabelle 3: Überweisungsanteil im Zeitraum I-IV.2008 zu I-VI.2007 nach Arzt-/ Abrechnungsgruppen in Nordrhein und Brandenburg .....	23
Tabelle 4: Überweisungsanteil in Nordrhein und Brandenburg– Übersicht für alle Abrechnungsgruppen (insgesamt) im zeitlichen Verlauf; Cave: die Anzahl der Praxen differiert in Abhängigkeit vom Untersuchungszeitraum, deshalb sind die Ergebnisse der unterschiedlichen Zeiträume nur eingeschränkt miteinander vergleichbar.....	24
Tabelle 5: Anteil der Vertretungsfälle an allen Fällen im Vergleichszeitraum I-IV.2008 zu I-IV.2007 in Nordrhein und Brandenburg differenziert nach Arzt-/ Abrechnungsgruppen.....	25
Tabelle 6: Anteil der Vertretungsfälle in Nordrhein und Brandenburg– Übersicht für alle Abrechnungsgruppen (insgesamt) im zeitlichen Verlauf; Cave: die Anzahl der Praxen differiert in Abhängigkeit vom Untersuchungszeitraum, deshalb sind die Ergebnisse der unterschiedlichen Zeiträume nur eingeschränkt miteinander vergleichbar.....	26
Tabelle 7: Gebührenordnungspositionen je Behandlungsfall im Vergleichszeitraum I-IV.2008 zu I-IV.2007 in Nordrhein und Brandenburg differenziert nach Arzt-/ Abrechnungsgruppen.....	27
Tabelle 8: Gebührenordnungspositionen je Behandlungsfall in Nordrhein und Brandenburg; – Übersicht für alle Abrechnungsgruppen (insgesamt) im zeitlichen Verlauf; Cave: die Anzahl der Praxen differiert in Abhängigkeit vom Untersuchungszeitraum, deshalb sind die Ergebnisse der unterschiedlichen Zeiträume nur eingeschränkt miteinander vergleichbar .....	28
Tabelle 9: Praxen (mit Leistungsdaten in beiden Vergleichszeiträumen) mit einer Leistungsbedarfssteigerung/ -minderung je Fall I-IV.2008 zu I-IV.2007 in Nordrhein und Brandenburg differenziert nach Arzt-/ Abrechnungsgruppen .....	30
Tabelle 10: Praxen (mit Leistungsdaten in beiden Vergleichszeiträumen) mit einer Leistungsbedarfssteigerung/-minderung in Nordrhein und Brandenburg – Übersicht für alle Abrechnungsgruppen (insgesamt) im zeitlichen Verlauf; Cave: die Anzahl der Praxen differiert in Abhängigkeit vom Untersuchungszeitraum, deshalb sind die Ergebnisse der unterschiedlichen Zeiträume nur eingeschränkt miteinander vergleichbar .....	31
Tabelle 11: Leistungsbedarfssteigerung je Fall nach Praxisgröße im Vergleichszeitraum I-IV.2008 zu I-IV.2007 in Nordrhein und Brandenburg differenziert nach Arzt-/ Abrechnungsgruppen.....	33

Tabelle 12: Leistungsbedarfssteigerung je Fall nach Praxisgröße in Nordrhein und Brandenburg – Übersicht für alle Abrechnungsgruppen (insgesamt) im zeitlichen Verlauf; Cave: die Anzahl der Praxen differiert in Abhängigkeit vom Untersuchungszeitraum, deshalb sind die Ergebnisse der unterschiedlichen Zeiträume nur eingeschränkt miteinander vergleichbar [*in % von 100 kleiner, mittlerer, großer Praxen, wobei diese Praxisgrößenklassen nach der Fallzahl der jeweiligen Arzt-/ Abrechnungsgruppe (per Drittelung) bestimmt werden].....	34
Tabelle 13: Prozentualer Anteil am Gesamt-Leistungsbedarfsvolumen im Vergleichszeitraum I–IV.2008 zu I–IV.2007 in Nordrhein und Brandenburg differenziert nach Arzt-/Abrechnungsgruppen .....	35

# 1 Gegenstand der wissenschaftlichen Begleitung

## 1.1 Analysegrund: Änderungen im EBM zum 01.01.2008

Zum 01.01.2008 sind im „Einheitlichen Bewertungsmaßstab“ (EBM), der „Gebührenordnung“ ambulanter ärztlicher Leistungen für gesetzlich krankenversicherte Patienten, u.a. bedingt durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) Änderungen eingeführt worden. Diese bestehen im Wesentlichen aus einer grundsätzlichen Pauschalierung ärztlicher Einzelleistungen, einer generellen Höherbewertung von Leistungen (u.a. infolge Mehrwertsteuererhöhung in 2007 und Anpassung des Arztlohns an die im stationären Bereich erzielten Tarifabschlüsse) sowie aus strukturellen Anpassungen für einzelne ärztliche bzw. psychotherapeutische Fachgruppen.

Der „neue“ EBM 2008 bildet das Leistungsgeschehen der vertragsärztlichen Versorgung in erster Linie über Pauschalen ab. Dabei ist der EBM nach wie vor in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Abrechnungsbereich unterteilt. Wesentliche Basis sind dabei die Versichertenpauschalen der Hausärzte sowie die Grund- beziehungsweise Konsiliarpauschalen der Fachärzte. Sie dürfen abgerechnet werden, sobald als obligater Leistungsinhalt der erste kurativ-ambulante persönliche Arzt-Patient-Kontakt zustande gekommen ist. Fakultative Leistungsinhalte bestehen weiterhin, beispielsweise umfassen sie bei den hausärztlichen Versichertenpauschalen im Kern die Patientenbehandlung und -betreuung in Kenntnis seines Umfelds, die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer sowie präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Dokumentation und Zusammenführung der Behandlungsdaten.

Im Rahmen der Pauschalierung sind im EBM 2008 viele Einzelleistungen entfallen. Beispielsweise werden im hausärztlichen Versorgungskontext die in 2007 gültigen Einzelleistungen GOP 03001 und 03002 *Koordination der hausärztlichen Betreuung* und die GOP 03210 *Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronisch-internistischer Grunderkrankung* sowie die GOP 03211 *Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronisch-degenerativer und/oder entzündlicher Erkrankung des Bewegungsapparates* durch den 2008 neu eingeführten Chronikerzuschlag (GOP 03212 als *Zuschlag zu den Versichertenpauschalen für*

*die Behandlung von Patienten mit schwerwiegender chronischer Krankheit) ersetzt.*

Die einzelnen Gebührenordnungspositionen des EBM werden nach wie vor mit Punkten bewertet. Die Punktzahlen liegen aber im Vergleich zu 2007 um durchschnittlich zehn Prozent höher. Hauptursache ist eine Neubewertung des kalkulatorischen Arztlohns im Standardbewertungssystem, mit dem ärztliche und medizinisch-technische Leistungen auf Basis einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation bewertet werden. Dabei ist von 2007 zu 2008 der kalkulatorische Arztlohn auf Basis einer ärztlichen Arbeitsleistung von 51 Wochenstunden von 95.553 Euro pro Jahr auf 105.572 Euro gestiegen.

Weiterhin sind im EBM 2008 bei einzelnen Fach- bzw. Abrechnungsgruppen durch Beschlussfassung des (Erweiterten) Bewertungsausschusses verschiedene Einzelanpassungen vorgenommen worden. Dies betrifft u.a. die Fachgebiete Neurologie, Psychiatrie, Kinder und Jugendpsychiatrie sowie Psychotherapie, bei denen Anpassungen der Kosten der Praxisbetriebsmodelle erfolgt sind, sowie das Fachgebiet der Strahlentherapie, bei dem Anpassungen der Bewertung strahlentherapeutischer Leistungen und Kostenpauschalen erfolgt ist, sowie verschiedene Änderungen bei psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten und –therapeuten, Orthopäden, Gynäkologen und Reproduktionsmedizinern, Pathologen sowie bei Schmerztherapeuten.

## **1.2 Analyseauftrag**

Der Bewertungsausschuss beauftragte die drei Institute, InBA (Institut des Bewertungsausschusses), WiDO (Wissenschaftliches Institut der AOK) und ZI (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland) in schriftlicher Beschlussfassung eine Begleitstudie durchzuführen, um die Auswirkungen des neuen Vergütungssystems „EBM 2008“ auf das tatsächliche vertragsärztlich- und psychotherapeutische Leistungs- und Abrechnungsgeschehen zu analysieren.

Das Konzept für die Begleitstudie sollte – analog zum entsprechenden Teil der wissenschaftlichen Begleitung zur Einführung des EBM 2000plus – von den Insti-

tuten gemeinsam erarbeitet werden. Grundlage ist der Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 147. Sitzung. Datengrundlage sind die praxisbezogenen Abrechnungsdaten aus den Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Brandenburg. Untersuchungszeitraum sind die Quartale des Jahres 2008 im Vergleich mit den korrespondierenden Quartalen des Vorjahres.

Die Begleitstudie soll einen Prä-/Post- und Quartalsvergleich der Abrechnungsdaten beider Regionen umfassen und die Auswirkungen des EBM 2008 auf die Art und Häufigkeit der für vertragsärztliche Leistungen insgesamt und je Abrechnungsgruppe berechneten Gebührenordnungspositionen des EBM sowie des sich damit ergebenden Leistungsbedarfs in Punkten zum Gegenstand haben.

### **1.3 Untersuchungsmodule**

Die Begleitstudie erfolgt nach einem modulartig aufgebauten Untersuchungs- und Auswertungsschema und umfasst:

1. Modul 1: Frühinformation auf der Basis des ZI-ADT-Panels
2. Modul 2: Komplettdatenanalyse
  - a) Praxisbezogene Leistungsbedarfsentwicklung
  - b) Analyse der Kalkulationszeiten

Im Rahmen der Frühinformation (Modul 1) werden auf der Basis des ZI-ADT-Panels, einer Praxisstichprobe von insgesamt 900 Praxen in Nordrhein und Brandenburg für 14 Fachgebiete, bereits drei Wochen nach Quartalsende erste Trendergebnisse gemeldet. Diese Frühinformationen stehen im Rahmen der Begleitstudie für das erste, zweite und dritte Quartal 2008 zur Verfügung. Die Abrechnungsdaten für die Frühinformation sind nicht sachlich rechnerisch richtig gestellt und werden vorab nur einer relativ einfachen Schnellregelung unterzogen.

Die vollständigen Abrechnungsdaten (Komplettdaten) aller Vertragsärzte/-psychotherapeuten in diesen beiden Kassenärztlichen Vereinigungen umfassen ca. 15.000 Praxen. Die Komplettdaten stehen nach erfolgter sachlich-rechnerischer Richtigstellung mit einer zeitlichen Verzögerung von ca. 3 bis 4

Monate nach Quartalsende zur Verfügung und wurden im Rahmen der Begleitstudie für alle Quartale des Jahres 2008 separat sowie kumuliert für die ersten drei und alle vier Quartale erhoben. Die Komplettdatenauswertung liefert zusätzliche Erkenntnisse über Arzt-/Abrechnungsgruppen, welche in der Frühinformation fehlen.

Methodische Details und inhaltliche Erläuterungen zu den verschiedenen Modulen sind dem „Studiendesign zur Begleitstudie, Version 1.0“, welches in der 303. Sitzung des AABA am 4.3.2008 in Köln beschlossen wurde, zu entnehmen.

#### **1.4 Methodik der Komplettdatenanalyse**

In diesem Bericht werden die Ergebnisse der Komplettdatenanalyse (Modul 2a) für die Quartale I–IV.2008 zusammengefasst und mit den Ergebnissen der Vorjahresperiode I–IV.2007 verglichen. Durch diese kumulierte Ergebnisdarstellung werden mögliche Einflüsse externer Effekte (z.B. Ferienzeiten) minimiert, die bei einer Analyse nach einzelnen Quartalen auftreten können.

Datengrundlage dafür sind die kompletten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten aus Nordrhein und Brandenburg für alle Fachgebiete. Diese bestanden im vierten Quartal 2007 aus 15.514 Praxen, im vierten Quartal 2008 aus insgesamt 15.332 Praxen.

Für eine vergleichende Untersuchung zwischen den beiden Zeiträumen 2007 und 2008 wurden im Rahmen dieses Berichts nur Praxen aus beiden KV-Bereichen berücksichtigt, die zum einen in beiden Untersuchungszeiträumen vertreten bzw. für die in allen acht Quartalen (I–IV.2007 und I–IV.2008) Abrechnungsergebnisse vorlagen, und bei denen zum anderen die Ärzteanzahl innerhalb der Praxen in allen Quartalen gleichbleibend war. Ermächtigte Ärzte/Psychotherapeuten, die gesetzlich Versicherte gemäß definiertem Umfang durch den jeweils zuständigen KV-Zulassungsausschuss zeitlich begrenzt behandeln, bleiben unberücksichtigt.

Somit werden für die vorliegende Analyse insgesamt 12.634 Praxen untersucht, wobei die Daten aus beiden KV-Bereichen zusammengefasst wurden. Nicht berücksichtigt wurden ca. 3.000 Praxen, für die entweder im Zeitraum 2007 bis 2008 nicht durchgängig Abrechnungsergebnisse vorlagen (z.B. bei Praxisschlie-

ßungen oder -neueröffnungen), bei denen sich im Untersuchungszeitraum die Ärzteanzahl innerhalb einer Praxis verändert hat (z.B. eine Gemeinschaftspraxis mit drei Vertragsärzten in 2007 und zwei Vertragsärzte in 2008) oder die als Ermächtigte Ärzte an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen haben.

Die Untersuchung erfolgt auf Leistungsbedarfsebene nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung vor Anwendung mengenbegrenzender Maßnahmen. Als „Leistungsbedarf“ wird die Summe der in Punkten bewerteten EBM-Gebührenordnungspositionen bezeichnet. In Euro bewertete Leistungen werden in Punkte umgerechnet (5,11ct=1 Punkt).

Für die Analysen erfolgt eine Differenzierung nach medizinischen Fachgebieten. Grundlage ist hierfür die sogenannte „KBV-VDX-Abrechnungs-Gruppenzuordnung“, nach der ärztliche Fachgruppen primär nach ihrem Abrechnungsspektrum und ergänzend nach dem Weiterbildungsfachgebiet zugeordnet werden. Um statistisch valide Aussagen bei einem Ausgangskollektiv von 12.634 untersuchten Praxen treffen zu können, wurde als Mindestanzahl für den Einzelausweis einer Abrechnungsgruppe a priori 30 Praxen festgelegt. Für Hämatologen/Onkologen (n=25) sowie Neurologen (n=29) wurde diese Einschränkung nicht getroffen. Hingegen wurden Medizinische Versorgungszentren (n=14) wegen ihrer geringen Anzahl unter der Fachgruppe „Sonstige“ subsumiert. Für die Gruppe der Facharzt-Internisten erfolgen die Analysen sowohl insgesamt als auch differenziert nach den Schwerpunkten Gastroenterologie, Hämatologie/Onkologie, Kardiologie, Nephrologie und Pneumologie.

In den Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Brandenburg sind zusammen etwa 15% aller vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Praxen im Bundesgebiet tätig. Die Ergebnisse, die auf der Abrechnungsdatenbasis dieser beiden Regionen gewonnen werden, liefern wichtige Erkenntnisse über die Auswirkungen des EBM 2008 im Detail für die einzelnen analysierten Abrechnungsgruppen.



## 2 Eckpunkte der Veränderung im Zeitvergleich

Die den Analysen im Abschnitt „*Eckpunkte der Veränderung im Zeitvergleich*“ zu Grunde liegenden Daten sind dem Bericht als Anlage beigefügt, und zwar als „*Tabellenband Komplettdatenanalyse: Basisauswertungen mit Jahresvergleich I-IV.2008 zu I-IV.2007 (Version 1.0 mit Stand 19.05.2009)*“ (siehe Abschnitt 6.1).

### 2.1 Leistungsbedarf und Fallzahlen

Der Vergleich zwischen den Zeitperioden I-IV.2008 und I-IV.2007 zeigt in fast allen Abrechnungsgruppen eine Zunahme des abgerechneten Leistungsbedarfs je Praxis (siehe Tabelle 1). Über alle Fachgruppen sind das durchschnittlich 13,7%.

Deutlich über dem Durchschnitt liegen dabei Kardiologen (32,4%) sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (22,9%), Neurologen (22,9%), ärztliche Psychotherapeuten (22,3%), Ärzte für Psychosomatische Medizin (22,0%) sowie Psychologische Psychotherapeuten (21,8%). Deutlich unter dem Durchschnitt rangieren Nephrologen (3,2%) und Pathologen (-9,5%), die einzige Fachgruppe mit einer negativen Leistungsbedarfsentwicklung je Praxis.

Die durchschnittliche Zahl abgerechneter Fälle je Praxis ist – ausgenommen bei Radiologen (-2,4%) und Gynäkologen (-0,1%) – in jeder Abrechnungsgruppe gestiegen, im Durchschnitt aller Fachgruppen um 1,9% (siehe. Tabelle 1).

Deutlich über dem Durchschnitt liegt der Fallzahlzuwachs bei den Abrechnungsgruppen „Sonstige“ (8,4%), Ärztliche Psychotherapeuten (8,2%), Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten (7,6%), Ärzte für psychosomatische Medizin (7,4%), Anästhesisten (6,6%) sowie Kinder- und Jugendpsychiater (6,6%). Am geringsten ausgeprägt ist der Fallzahlzuwachs bei Kinderärzten (0,3%), HNO-Ärzten (0,6%) und Augenärzten (0,7%).

Abrechnungsgruppe (basierend auf KBV-VDX-Gruppenzuordnung)	Gesamt-Effekt: Veränderung Leistungsbedarf je Praxis (in %)	Bewertungs-Effekt: Veränderung Leistungsbedarf je Fall (in %)	Mengen-Effekt: Veränderung Fallzahl (in %)
<b>Hausärztliche Praxen</b>			
Allgemeinmediziner	17,1	14,5	2,3
Hausarzt-Internisten	15,2	12,8	2,1
Hausärztl. fachübergreifende Praxen	13,4	10,9	2,3
Kinderärzte	7,9	7,5	0,4
<b>Fachärztliche Praxen</b>			
Anästhesisten	16,1	8,8	6,7
Ärzte für psychosomatische Medizin	22,0	13,6	7,4
Ärztl. Psychotherapeuten	22,3	13,0	8,2
Augenärzte	11,2	10,3	0,7
Chirurgen	13,5	10,1	3,1
Fachärztl. fachübergreifende Praxen	12,1	8,5	3,3
Fach-Internisten	13,7	10,5	2,9
Gastroenterologen	10,9	9,5	1,3
Hämatologen/Onkologen	8,9	4,1	4,6
Kardiologen	32,4	28,8	2,9
Nephrologen	3,2	-2,0	5,3
Pneumologen	15,2	11,0	3,8
Sonstige Fach-Internisten	17,1	14,6	2,2
Gynäkologen	10,2	10,4	-0,1
Hautärzte	16,7	12,6	3,6
HNO-Ärzte	9,4	8,7	0,6
Kinder-/Jugendl.-Psychotherapeuten	22,9	14,1	7,6
Kinder- und Jugendpsychiater	14,0	7,0	6,6
MKG-Chirurgen	9,5	7,8	1,5
Nervenärzte	17,5	14,8	2,4
Neurologen	22,9	17,9	4,2
Orthopäden	8,6	7,3	1,2
Pathologen	-9,5	-10,5	1,3
Psychiater	17,4	11,6	5,2
Psycholog. Psychotherapeuten	21,8	15,1	5,8
Radiologen	7,1	9,7	-2,4
Urologen	15,5	12,9	2,3
Versorgungsbereich-übergreif. Praxen	10,5	6,6	3,6
<b>Sonstige</b>	8,2	-0,3	8,4
<b>Alle Abrechnungsgruppen (insgesamt)</b>	<b>13,7</b>	<b>11,5</b>	<b>1,9</b>

Tabelle 1: Veränderungsanalyse des Leistungsbedarfs und der Fallzahl nach Abrechnungsgruppen; Veränderung bezogen auf den Vergleich des Zeitraums I-IV.2007 gegenüber I-IV.2008

Die Einflussfaktoren aus der Neubewertung des EBM (Bewertungseffekt) und der Veränderung der Fallzahlen (Mengeneffekt) auf die Gesamtleistung (Veränderung des Leistungsbedarfs je Praxis) zeigt die Tabelle 1.

Bei der Interpretation des Bewertungseffektes ist zu berücksichtigen, dass dieser eine Mischform aus der Punktzahländerung von EBM-Leistungspositionen und der Veränderung der Struktur im EBM (z.B. Leistungskomplexe statt Einzelleistungen) darstellt. Zusätzlich zu den Bewertungs- und Struktureffekten können auch Verhaltensänderungen der Vertragsärzte/-psychotherapeuten als Reaktion auf das Abrechnungssystem wirksam geworden sein.

Punktzahlzunahmen bzw. Punktzahlabnahmen je Fall (Bewertungseffekt) lassen die Größenordnung der Wirkung durch die EBM Reform in den einzelnen Fachgruppen erkennen.

Zeitraum der Untersuchung	Gesamt-Effekt: Veränderung Leistungsbedarf je Praxis (in %)	Bewertungs-Effekt: Veränderung Leistungsbedarf je Fall (in %)	Mengen-Effekt: Veränderung Fallzahl (in %)
I. Quartal 2007/2008 (Einzel-Quartal)	10,9	10,5	0,3
II. Quartal 2007/2008 (Einzel-Quartal)	18,0	12,7	4,7
III. Quartal 2007/2008 (Einzel-Quartal)	13,7	11,6	1,9
IV. Quartal 2007/2008 (Einzel-Quartal)	12,0	8,4	3,4
<b>I.-IV. Quartal 2007/2008 (kumuliert)</b>	<b>13,7</b>	<b>11,5</b>	<b>1,9</b>

*Tabelle 2: Veränderungsanalyse des Leistungsbedarfs und der Fallzahl – Übersicht für alle Abrechnungsgruppen (insgesamt) im zeitlichen Verlauf; Cave: die Anzahl der Praxen differiert in Abhängigkeit vom Untersuchungszeitraum, deshalb sind die Ergebnisse der unterschiedlichen Zeiträume nur eingeschränkt miteinander vergleichbar*

Die Punktzahl je Fall ist im Zeitraum I-IV.2008 gegenüber I-IV.2007 über alle Fachgruppen um 11,5% gestiegen. Dieser Anstieg zeigte sich in jedem der vier Einführungsquartale, wobei er mit 8,4% im vierten am schwächsten und mit 12,7% im zweiten Einführungsquartal gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal am stärksten ausgeprägt war (siehe Tabelle 2).

Im Vergleichszeitraum I-IV.2008 gegenüber I-IV.2007 sind Punktzahlzunahmen je Fall auch für fast alle Arzt-/ Abrechnungsgruppen festzustellen. Ein Rückgang der Punktzahl je Fall findet sich nur bei Nephrologen (-2,0%), Pathologen (-10,5%) und der Gruppe „Sonstige“ (-0,3%). Somit hat der EBM 2008 für nahezu alle Arzt-/ Abrechnungsgruppen zu einem positiven Bewertungseffekt geführt.

### 2.1.1.1 Leistungsbedarf je Fall im Verlauf von 2008 leicht rückläufig

Aus Tabelle 2 ist zu entnehmen, dass mit der Einführung des EBM 2008 in den KV-Bereichen Nordrhein und Brandenburg über alle Einführungsquartale eine Niveauanhebung des Leistungsbedarfs je Fall („EBM-Effekt“) von 11,5% gegenüber dem Vergleichszeitraum (I–IV.2007) verbunden ist.

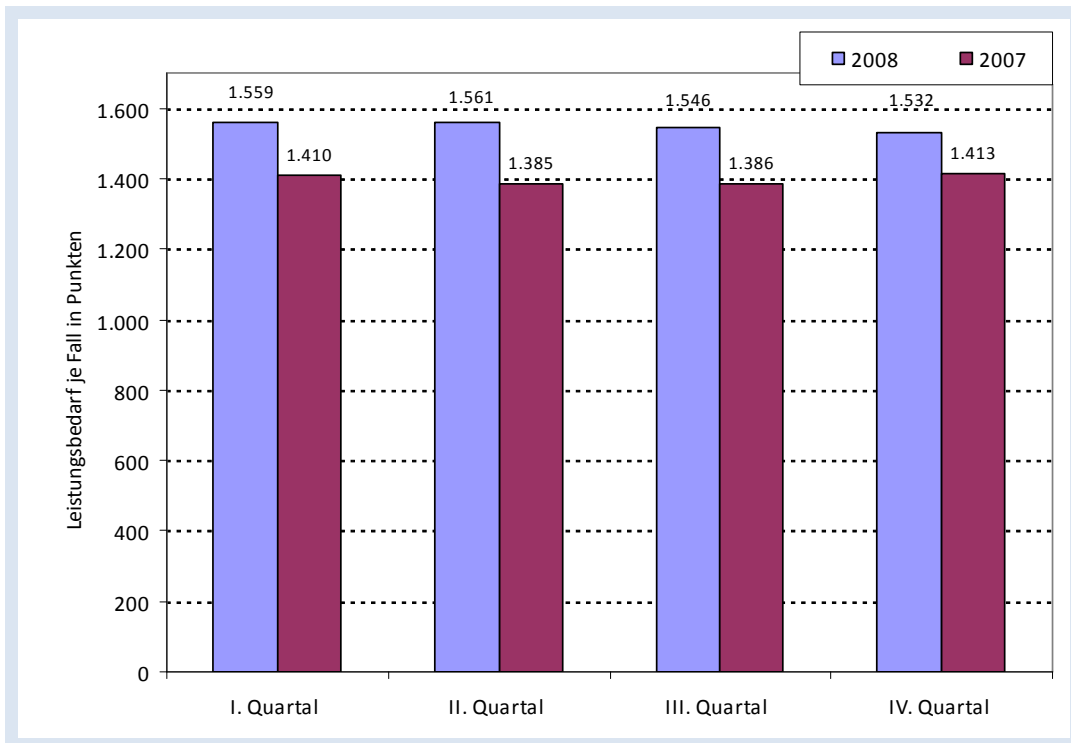


Abbildung 1: Leistungsbedarf je Fall in den Quartalen der Jahre 2007 und 2008 in Nordrhein und Brandenburg

Wie bereits dargelegt, fällt dies für die Vergleiche der vier Einführungsquartale mit ihrem jeweiligen Vorjahresquartal mit gewissen Schwankungen nach oben und unten (I.2008: 10,6%; II.2008: 12,7%; III.2008: 11,5%, IV.2008: 8,4%) ähnlich aus, wobei die vorliegenden Komplettdaten aus den Studienregionen zeigen, dass der „EBM-Effekt“ vom ersten Quartal 2008 zum vierten Quartal mit -1,7% leicht rückläufig ist. Über alle Fachgruppen liegt der durchschnittliche Leistungsbedarf je Fall im Quartal I.2008 bei 1.559 Punkten, im Quartal II.2008 bei 1.561 Punkten, im Quartal III.2008 bei 1.546 Punkten und im Quartal IV.2008 bei 1.532 Punkten (siehe Abbildung 1).

## 2.2 Leistungsbedarf je Fall und Kassenart

Die Leistungsbedarfsänderung je Fall und je Praxis fällt im Vergleichszeitraum (I-IV.2008 zu I-IV.2007) bei Ersatzkassen geringfügig höher aus als bei Primärkassen.

Über die Schnittmenge aller analysierten Praxen ergibt sich für Primärkassen eine Leistungsbedarfszunahme von 13,3% je Praxis und 11,3% je Fall. Für Ersatzkassen liegen die Werte bei 14,3% je Praxis und 11,6% je Fall (siehe Abbildung 2).

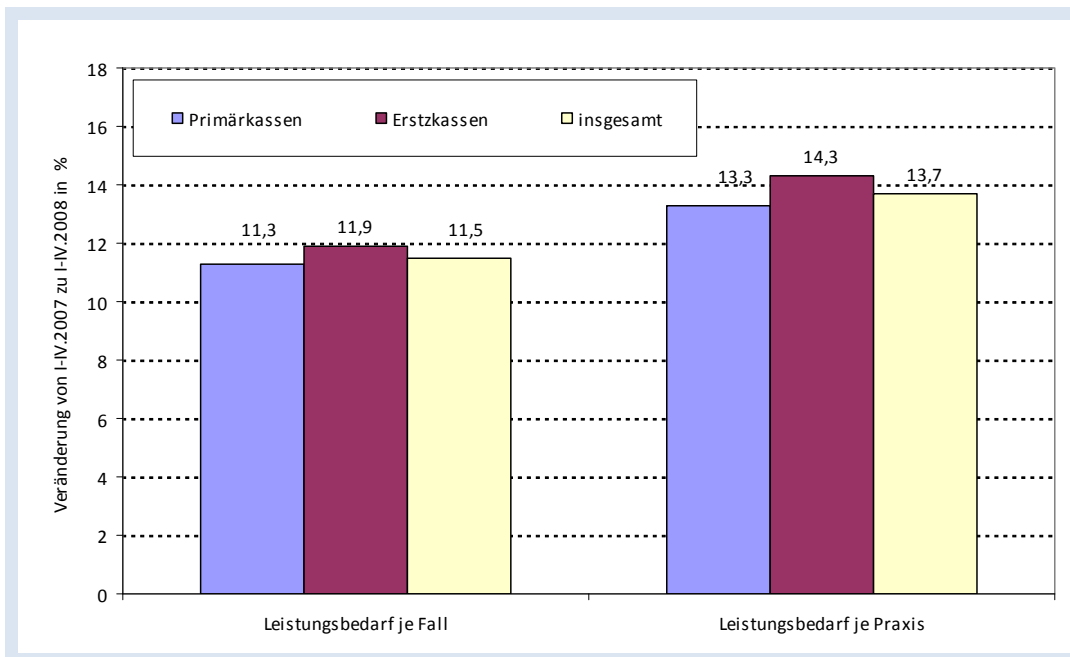


Abbildung 2: Entwicklung des Leistungsbedarfs je Praxis und Fall nach Kassenarten im Vergleichszeitraum I-IV.2008 zu I-IV.2007

In der Tendenz ergibt sich für die einzelnen Arzt-/Abrechnungsgruppen ein vergleichbares Bild. Die im Quartalsvergleich I.2008 zu I.2007 festgestellte Diskrepanz in der Leistungsbedarfsveränderung nach Kassenarten bei Hautärzten (bedingt durch Sondervertragsregelungen beim Hautkrebs-Screening, die einführungsbedingt kassenseitig variierten) ist im Quartalsvergleich I-IV.2008 zu I-IV.2007 nicht mehr erkennbar.

Der größte Unterschied hinsichtlich Leistungsbedarfsveränderung je Praxis ist bei den ärztlichen Psychotherapeuten vorhanden, bei denen die Zunahme bei den Primärkassen (20,3%) geringer ausgeprägt ist als bei den Ersatzkassen (24,2%). Die Leistungsbedarfszunahme je Fall ist bei der Abrechnungsgruppe „Psychoso-

matische Medizin und Psychotherapie“ bei den Ersatzkassen (14,7%) etwas höher als bei den Primärkassen (12,5%).

### **2.3 Überweisungsanteil**

Der Anteil der Überweisungen an allen Behandlungsfällen hat sich in den Vergleichszeiträumen (I-IV.2008 und I-IV.2007) kaum verändert (siehe Tabelle 3). Über die Schnittmenge aller analysierten Praxen liegt der Anteil in den Quartalen I-IV.2008 bei 39,4% und in der Vorjahresperiode I-IV.2007 bei 39,6%.

Nach Fachgebieten sind die Schwankungen etwas stärker ausgeprägt. Im Wesentlichen sind die Verhältnisse aber auch auf der Fachgebietsebene relativ stabil.

Insgesamt werden hausärztliche Praxen nur von einem geringen Anteil ihrer Patienten mit Überweisung aufgesucht, wobei der Anteil bei Kinderärzten mit 0,8% in I-IV.2008 und I-IV.2007 am geringsten und bei fachübergreifenden hausärztlichen Praxen mit 13,1% in I-IV.2008 und 12,6% in I-IV.2007 am höchsten ausfällt.

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen haben einen Überweisungsanteil von rund 38%, Kinder- und Jugendpsychiater von rund 9% sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten von 6,9% in 2007 und 7,1% in 2008.

Abrechnungsgruppe (basierend auf KBV-VDX-Gruppenzuordnung)	2007: Anteil an allen Fällen in %	2008: Anteil an allen Fällen in %	Verändng. in %-Pkt.
<b>Hausärztliche Praxen</b>			
Allgemeinmediziner	5,9	5,6	-0,3
Hausarzt-Internisten	10,2	9,6	-0,6
Hausärztl. fachübergreifende Praxen	13,2	12,6	-0,5
Kinderärzte	0,8	0,8	0,0
<b>Fachärztliche Praxen</b>			
Anästhesisten	84,9	85,9	0,9
Ärzte für psychosomatische Medizin	65,8	65,0	-0,8
Ärztl. Psychotherapeuten	67,2	66,5	-0,6
Augenärzte	65,9	66,5	0,6
Chirurgen	63,1	63,9	0,8
Fachärztl. fachübergreifende Praxen	77,3	77,6	0,2
Fach-Internisten	80,2	80,7	0,5
Gastroenterologen	72,8	73,6	0,9
Hämatologen/Onkologen	90,0	91,6	1,5
Kardiologen	89,7	90,0	0,3
Nephrologen	75,3	76,0	0,8
Pneumologen	76,6	76,8	0,2
Sonstige Fach-Internisten	81,3	81,8	0,4
Gynäkologen	59,0	59,3	0,4
Hautärzte	60,2	61,6	1,4
HNO-Ärzte	58,9	59,6	0,7
Kinder-/Jugendl.-Psychotherapeuten	6,9	7,1	0,2
Kinder- und Jugendpsychiater	9,8	8,9	-0,8
MKG-Chirurgen	37,6	38,5	0,9
Nervenärzte	76,3	76,5	0,2
Neurologen	76,7	75,4	-1,3
Orthopäden	67,5	68,2	0,7
Pathologen	99,9	99,9	0,0
Psychiater	62,3	62,5	0,3
Psycholog. Psychotherapeuten	64,3	66,3	2,0
Radiologen	99,4	99,3	-0,1
Urologen	75,3	75,3	0,1
Versorgungsbereich-übergreif. Praxen	58,6	59,4	0,7
<b>Sonstige</b>	82,8	83,2	0,4
<b>Alle Abrechnungsgruppen (insgesamt)</b>	<b>39,4</b>	<b>39,6</b>	<b>0,1</b>

Tabelle 3: Überweisungsanteil im Zeitraum I-IV.2008 zu I-VI.2007 nach Arzt-/ Abrechnungsgruppen in Nordrhein und Brandenburg

In den Quartalsvergleichen der Untersuchungsperioden 2008 zu 2007 variieren die Überweisungsanteile insgesamt nur geringfügig (siehe Tabelle 4). In den Quartalen I.2008 und I.2007 ergab sich über alle Fachgebiete ein Überweisungsanteil von 41,1% (I.2008) und 41,9% (I.2007), im zweiten Quartal waren es 41,8% (II.2008) und 40,4% (II.2007), im dritten Quartal lagen die Überweisungsanteile bei 39,9% (III.2008) und 39,8% (III.2007) sowie im vierten Quartal bei 41,8% (IV.2008) und 40,9% (IV.2007).

Zeitraum der Untersuchung	2007: Anteil an allen Fällen in %	2008: Anteil an allen Fällen in %	Verändng. in %-Pkt.
I. Quartal 2007/2008 (Einzel-Quartal)	41,9	41,1	-0,80
II. Quartal 2007/2008 (Einzel-Quartal)	40,4	41,8	1,40
III. Quartal 2007/2008 (Einzel-Quartal)	39,8	39,9	0,10
IV. Quartal 2007/2008 (Einzel-Quartal)	40,9	41,8	0,90
<b>I.-IV. Quartal 2007/2008 (kumuliert)</b>	<b>39,4</b>	<b>39,6</b>	<b>0,20</b>

*Tabelle 4: Überweisungsanteil in Nordrhein und Brandenburg– Übersicht für alle Abrechnungsgruppen (insgesamt) im zeitlichen Verlauf; Cave: die Anzahl der Praxen differiert in Abhängigkeit vom Untersuchungszeitraum, deshalb sind die Ergebnisse der unterschiedlichen Zeiträume nur eingeschränkt miteinander vergleichbar*

## 2.4 Vertretungsfälle

Der Anteil der Vertretungsfälle an allen Behandlungsfällen bleibt in den Vergleichszeiträumen (I-IV.2008 und I-IV.2007) annähernd konstant (siehe Tabelle 5). Über die Schnittmenge aller analysierten Praxen liegt ihr Anteil in den Quartalen I-IV.2008 und in der Vorjahresperiode I-IV.2007 bei 2,5%.

Nach Fachgebieten sind die Schwankungen etwas stärker ausgeprägt. Im Wesentlichen sind die Verhältnisse auch auf der Fachgebietsebene relativ stabil.

Anteilmäßig sind die Vertretungsfälle bei hausärztlichen Praxen am höchsten. Sie rangieren in beiden Zeiträumen zwischen 3,5% bei fachübergreifenden hausärztlichen Praxen und 5% bei allgemeinärztlichen Praxen.



Abrechnungsgruppe (basierend auf KBV-VDX-Gruppenzuordnung)	2007: Anteil in %	2008: Anteil in %	Verändng. in %-Pkt.
<b>Hausärztliche Praxen</b>			
Allgemeinmediziner	4,9	5,0	0,0
Hausarzt-Internisten	4,5	4,5	0,0
Hausärztl. fachübergreifende Praxen	3,6	3,5	-0,1
Kinderärzte	4,6	4,5	-0,1
<b>Fachärztliche Praxen</b>			
Anästhesisten	0,1	0,0	-0,1
Ärzte für psychosomatische Medizin	0,0	0,0	0,0
Ärztl. Psychotherapeuten	0,0	0,0	0,0
Augenärzte	0,5	0,5	0,0
Chirurgen	0,4	0,4	0,0
Fachärztl. fachübergreifende Praxen	0,8	0,8	0,0
Fach-Internisten	0,6	0,5	-0,1
Gastroenterologen	1,3	1,0	-0,3
Hämatologen/Onkologen	0,0	0,0	0,0
Kardiologen	0,3	0,3	0,0
Nephrologen	0,5	0,2	-0,3
Pneumologen	0,5	0,5	-0,1
Sonstige Fach-Internisten	0,6	0,6	0,0
Gynäkologen	1,0	1,0	0,0
Hautärzte	0,3	0,3	0,0
HNO-Ärzte	0,7	0,7	-0,1
Kinder-/Jugendl.-Psychotherapeuten	0,0	0,0	0,0
Kinder- und Jugendpsychiater	0,3	0,3	0,0
MKG-Chirurgen	3,0	2,3	-0,7
Nervenärzte	1,4	1,4	0,0
Neurologen	0,9	1,5	0,6
Orthopäden	0,5	0,5	0,0
Pathologen	0,0	0,0	0,0
Psychiater	1,5	1,7	0,2
Psycholog. Psychotherapeuten	0,0	0,0	0,0
Radiologen	0,0	0,0	0,0
Urologen	0,4	0,4	-0,1
Versorgungsbereich-übergreif. Praxen	0,9	0,9	-0,1
<b>Sonstige</b>	k.A.	k.A.	k.A.
<b>Alle Abrechnungsgruppen (insgesamt)</b>	<b>2,5</b>	<b>2,5</b>	<b>0,0</b>

Tabelle 5: Anteil der Vertretungsfälle an allen Fällen im Vergleichszeitraum I-IV.2008 zu I-IV.2007 in Nordrhein und Brandenburg differenziert nach Arzt-/ Abrechnungsgruppen

Für alle übrigen Fachgebiete liegen die Anteile deutlich niedriger. Für viele Fachgebiete sind überhaupt keine (z.B. bei Pathologen) oder so gut wie keine Vertretungsfälle (z.B. bei Anästhesisten) ausgewiesen.

Der Anteil der Vertretungsfälle unterliegt urlaubsbedingten Schwankungen. Im Vergleich der Einzelquartale I, II, III und IV.2008 zum jeweiligen Vorjahresquartal fallen die Anteile in III.2008 und III.2007 mit jeweils 4% am höchsten aus. Bei den Quartalsvergleichen I.2008 zu I.2007, II.2008 zu II.2007 und IV.2008 zu IV.2007 rangieren die Anteile zwischen 2,2 und 2,7% (siehe Tabelle 6).

Zeitraum der Untersuchung	2007: Anteil in %	2008: Anteil in %	Verändng. in %-Pkt.
I. Quartal 2007/2008 (Einzel-Quartal)	2,2	2,5	0,3
II. Quartal 2007/2008 (Einzel-Quartal)	2,7	2,2	-0,5
III. Quartal 2007/2008 (Einzel-Quartal)	4,0	4,0	0,0
IV. Quartal 2007/2008 (Einzel-Quartal)	2,3	2,5	0,2
<b>I.–IV. Quartal 2007/2008 (kumuliert)</b>	<b>2,5</b>	<b>2,5</b>	<b>0,0</b>

*Tabelle 6: Anteil der Vertretungsfälle in Nordrhein und Brandenburg– Übersicht für alle Abrechnungsgruppen (insgesamt) im zeitlichen Verlauf; Cave: die Anzahl der Praxen differiert in Abhängigkeit vom Untersuchungszeitraum, deshalb sind die Ergebnisse der unterschiedlichen Zeiträume nur eingeschränkt miteinander vergleichbar*

## 2.5 Gebührenordnungspositionen je Fall

Mit der Komplexierung bzw. Einführung der Versicherten-/Grundpauschalen im EBM 2008 reduziert sich die Zahl abgerechneter Gebührenordnungspositionen je Fall deutlich (siehe Tabelle 7). Über die Schnittmenge aller analysierten Praxen sind diese vom Zeitraum I-IV.2007 auf I-IV.2008 um gut ein Drittel zurückgegangen.

Die Abnahme der Gebührenordnungspositionen je Behandlungsfall findet sich mehr oder weniger stark ausgeprägt in fast allen analysierten Arzt-/Abrechnungsgruppen wieder.

Abrechnungsgruppe (basierend auf KBV-VDX-Gruppenzuordnung)	2007: Anzahl GOP je Fall	2008: Anzahl GOP je Fall	Veränderung in %
<b>Hausärztliche Praxen</b>			
Allgemeinmediziner	12,0	6,4	-47,1
Hausarzt-Internisten	12,9	6,8	-47,2
Hausärztl. fachübergreifende Praxen	12,8	7,1	-44,5
Kinderärzte	8,7	4,0	-54,1
<b>Fachärztliche Praxen</b>			
Anästhesisten	8,2	6,8	-17,0
Ärzte für psychosomatische Medizin	11,6	7,9	-32,0
Ärztl. Psychotherapeuten	11,4	7,9	-30,9
Augenärzte	2,8	2,2	-23,1
Chirurgen	6,8	4,3	-36,2
Fachärztl. fachübergreifende Praxen	6,5	5,1	-22,2
Fach-Internisten	10,8	7,5	-30,4
Gastroenterologen	8,8	5,8	-34,6
Hämatologen/Onkologen	29,3	22,0	-24,9
Kardiologen	7,5	4,8	-36,5
Nephrologen	33,5	26,5	-20,9
Pneumologen	8,7	5,9	-32,0
Sonstige Fach-Internisten	10,2	6,9	-32,2
Gynäkologen	6,7	5,0	-25,6
Hautärzte	5,9	3,5	-40,0
HNO-Ärzte	5,1	4,0	-22,0
Kinder-/Jugendl.-Psychotherapeuten	15,7	10,0	-36,4
Kinder- und Jugendpsychiater	16,3	14,0	-14,2
MKG-Chirurgen	4,8	3,5	-27,0
Nervenärzte	5,8	4,5	-23,6
Neurologen	6,0	3,8	-36,5
Orthopäden	7,5	5,0	-32,5
Pathologen	3,4	3,5	2,8
Psychiater	7,2	5,6	-22,7
Psycholog. Psychotherapeuten	11,8	7,9	-33,5
Radiologen	4,2	3,9	-5,8
Urologen	10,2	7,4	-27,9
Versorgungsbereich-übergreif. Praxen	8,5	6,5	-24,6
<b>Sonstige</b>	8,6	7,5	-13,2
<b>Alle Abrechnungsgruppen (insgesamt)</b>	<b>9,1</b>	<b>5,5</b>	<b>-39,2</b>

Tabelle 7: Gebührenordnungspositionen je Behandlungsfall im Vergleichszeitraum I-IV.2008 zu I-IV.2007 in Nordrhein und Brandenburg differenziert nach Arzt-/ Abrechnungsgruppen

Ausgenommen davon sind lediglich Pathologen (mit +2,8%) und Radiologen mit einem vergleichsweise geringfügigen Rückgang (von -5,8%) der Gebührenordnungspositionen je Fall. Dies erklärt sich dadurch, dass für diese Fachgebiete keine Komplexierung im EBM 2008 vorgenommen wurde bzw. keine Grundpauschalen existieren.

Der stärkste Rückgang abgerechneter GOP ist bei hausärztlich tätigen Vertragsärzten zu verzeichnen. Hier ist die stärkste Ausprägung bei den Kinderärzten vorhanden, die im Zeitraum I-IV.2008 gegenüber I-IV.2007 mehr als die Hälfte (54,1%) weniger Gebührenordnungspositionen je Behandlungsfall abrechnen, was einem absoluten Rückgang von durchschnittlich 9 auf 4 abgerechneten GOP je Fall entspricht.

In den Quartalsvergleichen der Untersuchungsperioden 2008 zu 2007 variieren die Ergebnisse bzgl. der Entwicklung abgerechneter GOP je Fall insgesamt nur geringfügig.

Zeitraum der Untersuchung	2007: Anzahl GOP je Fall	2008: Anzahl GOP je Fall	Veränderung in %
I. Quartal 2007/2008 (Einzel-Quartal)	9,1	5,8	-35,5
II. Quartal 2007/2008 (Einzel-Quartal)	8,8	5,8	-33,7
III. Quartal 2007/2008 (Einzel-Quartal)	8,8	5,7	-34,3
IV. Quartal 2007/2008 (Einzel-Quartal)	9,2	4,9	-46,2
<b>I.-IV. Quartal 2007/2008 (kumuliert)</b>	<b>9,1</b>	<b>5,5</b>	<b>-39,1</b>

*Tabelle 8: Gebührenordnungspositionen je Behandlungsfall in Nordrhein und Brandenburg; – Übersicht für alle Abrechnungsgruppen (insgesamt) im zeitlichen Verlauf; Cave: die Anzahl der Praxen differiert in Abhängigkeit vom Untersuchungszeitraum, deshalb sind die Ergebnisse der unterschiedlichen Zeiträume nur eingeschränkt miteinander vergleichbar*

Vom Quartal I.2007 auf I.2008 ergab sich über alle Fachgebiete ein Rückgang abgerechneter GOP je Fall um 35,5% (siehe Tabelle 8). Vom Quartal II.2007 auf II.2008 waren es 33,7% weniger, vom Quartal III.2007 auf III.2008 34,3% weniger und vom Quartal IV.2007 auf IV.2008 wurden 46,2% weniger GOP je Fall abgerechnet. Das entspricht im Mittel einem Rückgang von 9 auf 6 GOP je Behandlungsfall in allen vier Quartalsvergleichen einschließlich des Vergleichs der Gesamtzeiträume (I-IV.2008 zu I-IV.2007).

## 2.6 Leistungsbedarfsveränderung je Fall nach Praxen

Wie die überwiegende Leistungsbedarfszunahme je Fall im Vergleichszeitraum (I-IV.2008 zu I-IV.2007) bei fast allen analysierten Arzt-/Abrechnungsgruppen erwarten lässt, trifft dies auch für die Fälle der meisten Praxen innerhalb dieser Gruppen zu (siehe Tabelle 9).

Bei 89,0% der in die Vergleichsrechnung einbezogenen 12.634 Praxen mit Leistungsdaten in beiden Vergleichszeiträumen ist der Leistungsbedarf je Fall in I-IV.2008 gegenüber I-IV.2007 gestiegen.

Nach Arzt-/Abrechnungsgruppen ist der Anteil der Praxen mit einer Leistungsbedarfszunahme je Fall bei Kardiologen mit 97,6% am höchsten, was sich mit der führenden Rangposition bei der Leistungsbedarfszunahme dieses Fachgebietes deckt. Es folgen die Praxen von Urologen mit 93,5% und Pneumologen mit 94,9%), die ebenfalls fast durchweg Leistungsbedarfszunahmen je Fall verzeichnen.

Der Anteil von Praxen mit Leistungsbedarfszunahmen je Fall fällt mit 92,8% bei Allgemeinärzten, 91,9% bei Hausarzt-Internisten und 90,6% bei fachübergreifenden hausärztlichen Praxen ebenfalls überdurchschnittlich aus. Demgegenüber ist der Anteil der Praxen mit Leistungsbedarfszunahmen je Fall bei Kinderärzten mit 77,8% unterdurchschnittlich, wobei „große“ Kinderarztpraxen (gemessen an der Fallzahl) zu einem deutlich höheren Maße Zuwächse aufweisen als kleine (siehe Tabelle 11).

Vergleichsweise hohe Anteile von Praxen mit einer Zunahme des Leistungsbedarfs je Fall finden sich auch bei Gynäkologen (92,8%), Nervenärzten (94,5%) und Radiologen (93,9%).

Abrechnungsgruppe (basierend auf KBV-VDX-Gruppenzuordnung)	Anzahl Praxen	Steigerung: Anteil in %	Minderung: Anteil in %
<b>Hausärztliche Praxen</b>			
Allgemeinmediziner	3.174	92,8	7,2
Hausarzt-Internisten	959	91,9	8,1
Hausärztl. fachübergreifende Praxen	631	90,6	9,4
Kinderärzte	546	77,8	22,2
<b>Fachärztliche Praxen</b>			
Anästhesisten	226	83,6	16,4
Ärzte für psychosomatische Medizin	218	81,2	18,8
Ärztl. Psychotherapeuten	246	82,5	17,5
Augenärzte	489	91,6	8,4
Chirurgen	312	86,9	13,1
Fachärztl. fachübergreifende Praxen	168	84,5	15,5
Fach-Internisten	415	84,8	15,2
Gastroenterologen	85	85,9	14,1
Hämatologen/Onkologen	25	52,0	48,0
Kardiologen	84	97,6	2,4
Nephrologen	34	32,4	67,6
Pneumologen	98	94,9	5,1
Sonstige Fach-Internisten	89	89,9	10,1
Gynäkologen	1.056	92,8	7,2
Hautärzte	324	90,4	9,6
HNO-Ärzte	430	90,0	10,0
Kinder-/Jugendl.-Psychotherapeuten	226	87,2	12,8
Kinder- und Jugendpsychiater	65	80,0	20,0
MKG-Chirurgen	92	58,7	41,3
Nervenärzte	165	94,5	5,5
Neurologen	29	89,7	10,3
Orthopäden	451	80,7	19,3
Pathologen	42	19,0	81,0
Psychiater	202	84,2	15,8
Psycholog. Psychotherapeuten	1.664	91,3	8,7
Radiologen	66	93,9	6,1
Urologen	230	95,2	4,8
Versorgungsbereich-übergreif. Praxen	102	82,4	17,6
<b>Sonstige</b>	106	65,1	34,9
<b>Alle Abrechnungsgruppen (insgesamt)</b>	<b>12.634</b>	<b>89,0</b>	<b>11,0</b>

Tabelle 9: Praxen (mit Leistungsdaten in beiden Vergleichszeiträumen) mit einer Leistungsbedarfssteigerung/ -minderung je Fall I-IV.2008 zu I-IV.2007 in Nordrhein und Brandenburg differenziert nach Arzt-/ Abrechnungsgruppen

Lediglich bei Pathologen (mit 19,0%) und Nephrologen (mit 32,4%) kehren sich die Verhältnisse um bzw. weisen weniger als die Hälfte der Praxen eine Leistungsbedarfszunahme je Fall auf. Stark unterdurchschnittlich ist auch der Anteil bei Hämato-/Onkologen (52,0%) und Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen (58,7%).

Zeitraum der Untersuchung	Anzahl Praxen	Steigerung: Anteil in %	Minderung: Anteil in %
I. Quartal 2007/2008 (Einzel-Quartal)	14.028	80,7	19,3
II. Quartal 2007/2008 (Einzel-Quartal)	13.954	88,2	11,8
III. Quartal 2007/2008 (Einzel-Quartal)	13.917	84,6	15,4
IV. Quartal 2007/2008 (Einzel-Quartal)	14.025	81,5	18,5
<b>I.-IV. Quartal 2007/2008 (kumuliert)</b>	<b>12.634</b>	<b>89,0</b>	<b>11,0</b>

*Tabelle 10: Praxen (mit Leistungsdaten in beiden Vergleichszeiträumen) mit einer Leistungsbedarfssteigerung/-minderung in Nordrhein und Brandenburg – Übersicht für alle Abrechnungsgruppen (insgesamt) im zeitlichen Verlauf; Cave: die Anzahl der Praxen differiert in Abhängigkeit vom Untersuchungszeitraum, deshalb sind die Ergebnisse der unterschiedlichen Zeiträume nur eingeschränkt miteinander vergleichbar*

In den Quartalsvergleichen der Untersuchungsperioden 2008 zu 2007 rangiert der Anteil von Praxen mit Leistungsbedarfszunahmen je Fall über alle Fachgebiete zwischen 80% und 90%. Dabei ist die Vergleichbarkeit der Quartalsergebnisse und des Periodenvergleiches nur bedingt möglich, u.a. wegen differierender Praxisgrößeneinteilung nach Fallzahlen).

Vom Quartal I.2007 auf I.2008 kamen 80,7% Prozent aller Praxen auf Leistungsbedarfszunahmen je Fall, vom Quartal II.2007 auf II.2008 war dies ein Anteil von 88,2%, vom Quartal III.2007 auf III.2008 84,6% und vom Quartal IV.2007 auf IV.2008 wiesen 81,5% aller Praxen Leistungsbedarfszunahmen je Fall auf (siehe Tabelle 10).

### 2.6.1.1 Leistungsbedarfsveränderung nach Praxisgröße

Der Anteil der Praxen mit Leistungsbedarfszunahmen je Fall im Vergleich der Zeiträume I-IV.2008 zu I-IV.2007 fällt bei größeren Praxen höher aus als bei kleinen (siehe Tabelle 11).

Drittelt man die analysierten Praxen hinsichtlich der Behandlungsfallzahl (d.h. der in diesen Praxen in beiden Vergleichsperioden behandelten Patienten), stellt also „kleine (K)“, mittlere (M)“ und „große (G)“ Praxen gegenüber, ergibt sich hinsichtlich des Anteils der Praxen mit Leistungsbedarfszunahmen je Fall über

alle analysierten 12.634 Praxen ein Übergewicht bei „großen“ (mit 91,7%) und „mittleren“ (mit 90,4%) gegenüber „kleinen“ Praxen (mit 85,0%).

Nach Fachgebieten zeigt sich dies vor allem bei Hausärzten, insbesondere bei Allgemeinärzten (K: 86,8%, M: 94,3%, G: 97,3%), hausärztlich tätigen Internisten (K: 86,6%, M: 93,7%, G: 95,3%) und bei Kinderärzten (K: 59,9%, M: 83,5%, G: 90,1%).

Deutlich mehr große Praxen mit einer Leistungsbedarfszunahme je Fall findet man auch bei Chirurgen (K: 80,8%, M: 84,6%, G: 95,2%), Radiologen (K: 90,9%, M: 95,5%, G: 95,5%), der Gesamtgruppe fachärztlicher Internisten (K: 72,5%, M: 88,5%, G: 93,5%) – darunter Gastroenterologen (K: 75,0%, M: 86,2%, G: 96,4%) und Kardiologen (K: 92,9%, M: 100%, G: 100%) – psychologischen Psychotherapeuten (K: 86,8%, M: 92,4%, G: 94,8%), Neurologen (K: 77,8%, M: 90,0%, G: 100%) und Urologen (K: 93,4%, M: 94,8%, G: 97,4%).

Für die übrigen Arzt-/Abrechnungsgruppen sind die Unterschiede weniger ausgeprägt, wobei große Praxen auch in diesen Gruppen tendenziell besser abschneiden als kleine. Lediglich bei Pathologen (K: 28,6%, M: 21,4%, G: 7,1%) verhält sich dies umgekehrt.



Abrechnungsgruppe (basierend auf KBV-VDX-Gruppenzuordnung)	Anteil der Praxen in %		
	bei kleinen* Praxen	bei mittleren* Praxen	bei großen* Praxen
<b>Hausärztliche Praxen</b>			
Allgemeinmediziner	86,8	94,3	97,3
Hausarzt-Internisten	86,6	93,7	95,3
Hausärztl. fachübergreifende Praxen	86,3	93,3	92,4
Kinderärzte	59,9	83,5	90,1
<b>Fachärztliche Praxen</b>			
Anästhesisten	78,7	82,9	89,3
Ärzte für psychosomatische Medizin	72,2	87,7	83,6
Ärztl. Psychotherapeuten	72,8	85,4	89,2
Augenärzte	89,0	94,5	91,4
Chirurgen	80,8	84,6	95,2
Fachärztl. fachübergreifende Praxen	83,9	83,9	85,7
Fach-Internisten	72,5	88,5	93,5
Gastroenterologen	75,0	86,2	96,4
Hämatologen/Onkologen	50,0	44,4	62,5
Kardiologen	92,9	100,0	100,0
Nephrologen	27,3	41,7	27,3
Pneumologen	93,8	97,0	93,9
Sonstige Fach-Internisten	86,2	86,7	96,7
Gynäkologen	90,6	96,0	91,8
Hautärzte	88,9	95,4	87,0
HNO-Ärzte	88,1	91,0	90,9
Kinder-/Jugendl.-Psychotherapeuten	79,7	89,6	92,0
Kinder- und Jugendpsychiater	71,4	77,3	90,9
MKG-Chirurgen	56,7	51,6	67,7
Nervenärzte	90,9	94,5	98,2
Neurologen	77,8	90,0	100,0
Orthopäden	76,0	85,4	80,7
Pathologen	28,6	21,4	7,1
Psychiater	82,1	79,4	91,0
Psycholog. Psychotherapeuten	86,8	92,4	94,8
Radiologen	90,9	95,5	95,5
Urologen	93,4	94,8	97,4
Versorgungsbereich-übergreif. Praxen	91,2	64,7	91,2
<b>Sonstige</b>	62,9	80,6	51,4
<b>Alle Abrechnungsgruppen (insgesamt)</b>	<b>85,0</b>	<b>90,4</b>	<b>91,7</b>

Tabelle 11: Leistungsbedarfssteigerung je Fall nach Praxisgröße im Vergleichszeitraum I-IV.2008 zu I-IV.2007 in Nordrhein und Brandenburg differenziert nach Arzt-/ Abrechnungsgruppen

Auch in den einzelnen Quartalsvergleichen I.2008 zu I.2007 und II.2008 zu II.2007 fällt der Anteil der Praxen mit Leistungsbedarfszunahmen je Fall bei größeren Praxen höher aus als bei kleinen (siehe Tabelle 12). Grundsätzlich kann man diese Unterschiede der Leistungsbedarfszunahmen je Fall nach Praxisgrößen nicht per se dem „EBM-Effekt“ zuschreiben, es ist aber mindestens ein Hinweis dafür, dass er bei größeren Praxen wirksamer ist.

Zeitraum der Untersuchung	Anteil der Praxen in %		
	bei kleinen* Praxen	bei mittleren* Praxen	bei großen* Praxen
I. Quartal 2007/2008 (Einzel-Quartal)	70,9	84,9	86,8
II. Quartal 2007/2008 (Einzel-Quartal)	83,7	90,7	90,6
III. Quartal 2007/2008 (Einzel-Quartal)	77,8	87,3	88,7
IV. Quartal 2007/2008 (Einzel-Quartal)	k.A.	k.A.	k.A.
<b>I.–IV. Quartal 2007/2008 (kumuliert)</b>	<b>85,0</b>	<b>90,4</b>	<b>91,7</b>

*Tabelle 12: Leistungsbedarfssteigerung je Fall nach Praxisgröße in Nordrhein und Brandenburg – Übersicht für alle Abrechnungsgruppen (insgesamt) im zeitlichen Verlauf; Cave: die Anzahl der Praxen differiert in Abhängigkeit vom Untersuchungszeitraum, deshalb sind die Ergebnisse der unterschiedlichen Zeiträume nur eingeschränkt miteinander vergleichbar [\*in % von 100 kleiner, mittlerer, großer Praxen, wobei diese Praxisgrößenklassen nach der Fallzahl der jeweiligen Arzt-/Abrechnungsgruppe (per Drittelung) bestimmt werden]*

## 2.7 Verteilungsanalyse

Der Anteil einer Fachgruppe am Gesamtleistungsvolumen in der Analyse des Vergleichs der beiden Zeiträume (I–IV.2008 zu I–IV.2007) ist ein Indikator für Verschiebungen zwischen den Fachgruppen (siehe Tabelle 13).

Insgesamt können fünf Arzt-/Abrechnungsgruppen ihren Anteil am Gesamtleistungsbedarfsvolumen vergrößern: Allgemeinmediziner um +0,77 Prozentpunkte, Psychologische Psychotherapeuten (+0,25), Kardiologen (+0,17), Hausarzt-Internisten (+0,11) sowie Hautärzte (+0,06).

Abrechnungsgruppe (basierend auf KBV-VDX-Gruppenzuordnung)	2007: Anteil in %	2008: Anteil in %	Verändng. in %-Pkt.
<b>Hausärztliche Praxen</b>			
Allgemeinmediziner	25,46	26,22	0,77
Hausarzt-Internisten	7,91	8,02	0,11
Hausärztl. fachübergreifende Praxen	8,11	8,08	-0,02
Kinderärzte	4,92	4,66	-0,25
<b>Fachärztliche Praxen</b>			
Anästhesisten	1,28	1,30	0,03
Ärzte für psychosomatische Medizin	0,43	0,46	0,03
Ärztl. Psychotherapeuten	0,50	0,54	0,04
Augenärzte	4,09	4,00	-0,09
Chirurgen	3,11	3,10	-0,01
Fachärztl. fachübergreifende Praxen	2,04	2,01	-0,03
Fach-Internisten	15,28	14,99	-0,29
Gastroenterologen	1,07	1,05	-0,03
Hämatologen/Onkologen	0,52	0,50	-0,02
Kardiologen	1,01	1,17	0,17
Nephrologen	1,94	1,76	-0,18
Pneumologen	1,52	1,54	0,02
Sonstige Fach-Internisten	1,32	1,36	0,04
Gynäkologen	8,27	8,01	-0,26
Hautärzte	2,37	2,43	0,06
HNO-Ärzte	3,38	3,26	-0,13
Kinder-/Jugendl.-Psychotherapeuten	0,47	0,51	0,04
Kinder- und Jugendpsychiater	0,57	0,57	0,00
MKG-Chirurgen	0,23	0,22	-0,01
Nervenärzte	1,13	1,17	0,04
Neurologen	0,21	0,22	0,02
Orthopäden	5,03	4,81	-0,23
Pathologen	0,76	0,61	-0,16
Psychiater	0,90	0,93	0,03
Psycholog. Psychotherapeuten	3,56	3,81	0,25
Radiologen	1,80	1,69	-0,10
Urologen	2,12	2,15	0,03
Versorgungsbereich-übergreif. Praxen	1,78	1,73	-0,05
<b>Sonstige</b>	2,21	2,10	-0,11
<b>Alle Abrechnungsgruppen (insgesamt)</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>0,00</b>

Tabelle 13: Prozentualer Anteil am Gesamt-Leistungsbedarfsvolumen im Vergleichszeitraum I-IV.2008 zu I-IV.2007 in Nordrhein und Brandenburg differenziert nach Arzt-/Abrechnungsgruppen

Bei 17 Arzt-/Abrechnungsgruppen ist ihr Anteil am Gesamt-Leistungsbedarfsvolumen in etwa gleichgeblieben: ärztliche Psychotherapeuten, sonstige Fach-Internisten, Kinder-/Jugendlichen-Psychotherapeuten und Nervenärzte (je mit +0,04 Prozentpunkten), Anästhesisten, Ärzte für psychosomatische Medizin, Psychiater und Urologen (je mit +0,03 Prozentpunkten), Pneumologen und Neurologen (je mit +0,02 Prozentpunkten), Kinder- und Jugendpsychiater (0,00), Chirurgen und MKG-Chirurgen mit jeweils -0,01 Prozentpunkten, hausärztlich fachübergreifende Praxen und Hämatologen/Onkologen (je mit -0,02 Prozentpunkten) sowie fachärztlich fachübergreifende Praxen und Gastroenterologen (je mit -0,03 Prozentpunkten).

Bei elf Arzt-/Abrechnungsgruppen ist eine Verringerung des Anteils am Gesamt-Leistungsbedarfsvolumen eingetreten. Das betrifft versorgungsbereich-übergreifende Praxen (-0,05), Augenärzte (-0,09), Radiologen (-0,10), Sonstige (-0,11), HNO-Ärzte (-0,13), Pathologen (-0,16), Nephrologen (-0,18), Orthopäden (-0,23), Kinderärzte (-0,25), Gynäkologen (-0,26) und die Gesamtgruppe der Fach-Internisten mit -0,29 Prozentpunkten.

Anteil am Gesamtleistungsvolumen		
steigend ( $\geq 0,1\%$ -Punkte)	gleichbleibend ( $< 0,1\%$ -Punkte)	sinkend ( $\leq 0,1\%$ -Punkte)
Allgemeinmediziner 0,77	Ärztl. Psychotherapeuten 0,04	Versorg.-überg. Prax. -0,05
Psychol. Psychother. 0,25	Sonstige Fach-Internisten 0,04	Augenärzte -0,09
Kardiologen 0,17	Kinder-/Jugendl.-Psychother. 0,04	Radiologen -0,10
Hausarzt-Intern. 0,11	Nervenärzte 0,04	Sonstige -0,11
Hautärzte 0,06	Anästhesisten 0,03	HNO-Ärzte -0,13
	Ärzte für psychosom. Med. 0,03	Pathologen -0,16
	Psychiater 0,03	Nephrologen -0,18
	Urologen 0,03	Orthopäden -0,23
	Pneumologen 0,02	Kinderärzte -0,25
	Neurologen 0,02	Gynäkologen -0,26
	Kinder- und Jugendpsych. 0,00	Fach-Internisten -0,29
	Chirurgen -0,01	
	MKG-Chirurgen -0,01	
	Hausärztl. Fachüberg. Prax. -0,02	
	Hämatologen/Onkologen -0,02	
	Fachärztl. Fachüberg. Prax. -0,03	
	Gastroenterologen -0,03	

Abbildung 3: prozentuale Veränderung des Anteils der Abrechnungsgruppen am Gesamtleistungsvolumen im Vergleich I-IV.2008 zu I-IV.2007 in Nordrhein und Brandenburg

Die Ergebnisse der Verteilungsanalyse hinsichtlich der Entwicklung des Anteils des Leistungsvolumen der einzelnen Fachgebiete am Gesamtleistungsvolumen in

den Vergleichszeiträumen I–IV.2008 zu I–IV.2007 sind in Abbildung 3 nochmals zusammenfassend dargestellt.

In den einzelnen Quartalsvergleichen 2008 zu 2007 variieren die Anteile des Leistungsvolumen der einzelnen Fachgebiete am Gesamtleistungsvolumen in ähnlichem Maß wie im Vergleich der kumulierten Quartale I–IV.2008 zu I–IV.2007.

## **3 Ursachenanalyse nach Fachgruppen**

### **3.1 Methodik der fachgruppenbezogenen Ursachenanalyse**

#### **3.1.1 Ausmaß der Differenzierungsebenen**

Die im Abschnitt 2 dargestellten Ergebnisse werden nachfolgend für jede einzelne Arzt-/Abrechnungsgruppen vertieft. Während die Summenstatistik (vergleiche Tabelle 1) das Gesamtergebnis und seine Veränderung bezogen auf wichtige Beurteilungsindikatoren darstellt, soll die Analyse der abgerechneten Gebührenordnungspositionen (GOP) in den einzelnen Praxen verdeutlichen, in welchen Bereichen sich strukturelle Veränderungen ergeben haben. Dazu werden die GOP je Arzt-/Abrechnungsgruppe zu typischen Leistungsgruppen bzw. -segmenten zusammengefasst. Grundlage dabei ist die Zuordnung nach Abschnitten des neuen EBM 2008. So erfolgt beispielsweise für die Fachgruppe Allgemeinmedizin eine Leistungssegmentierung zu 15 verschiedenen Leistungssegmenten, u.a. die Segmente „Versichertenpauschale“ und „Laborleistungen“.

Eine Zusammenfassung der abgerechneten Gebührenordnungspositionen nach Leistungssegmenten verfolgt das Ziel, für die jeweilige Abrechnungsgruppe die Schwerpunkte der Leistungsbedarfskonzentration erkennbar zu machen und ihre Veränderung zwischen dem alten und dem neuen EBM aufzuzeigen.

Auf dieser Basis lassen sich wichtige Anhaltspunkte für eine Erklärung der Gesamtentwicklung eines Fachgebietes gewinnen. Sehr hohe Veränderungsdaten in einzelnen Leistungssegmenten zeigen allerdings, dass der Vergleich zum früheren EBM nur bedingt möglich ist.

Einleitend werden für jede Fachgruppe die wichtigsten Indikatoren „Leistungsbedarfsänderung gesamt“, sowie „Fallzahländerung“ und „Leistungsbedarfsänderung je Fall“ genannt. Ergänzend wird auch auf die Entwicklung dieser Eckwerte in den Einzelquartalen eingegangen, wobei bei dieser Betrachtungsperspektive einschränkend berücksichtigt werden muss, dass die Anzahl der Praxen in Abhängigkeit vom Untersuchungszeitraum leicht differiert (vergleiche Methodik der Komplettdatenanalyse im Abschnitt 1.4).

Im Weiteren werden dann Leistungsbedarfsänderungen sowohl auf der aggregierten Ebene von Leistungssegmenten als auch auf der Ebene von einzelnen Gebührenordnungspositionen untersucht. Bei einer Analyse auf Einzel-GOP-

Ebene ist relativierend zu berücksichtigen, dass im Rahmen der Begleitstudie festgestellte Effekte auch teilweise regional (mit-) beeinflusst sein können, so dass eine Übertragbarkeit dieser Ergebnisse auf die Bundesebene z.T. nur eingeschränkt möglich sein kann.

Ergänzend zu der Leistungssegmentierung werden die jeweils fünf häufigsten Gebührenordnungspositionen im Zeitraum I-IV.2008 und I-IV.2007 dargestellt.

Die den Analysen zu Grunde liegenden Daten sind dem Bericht als Anlage beigelegt, und zwar einmal als „*Tabellenband Komplettdatenanalyse: Basisauswertungen mit Jahresvergleich I-IV.2008 zu I-IV.2007 (Version 1.0 mit Stand 19.05.2009)*“ (siehe Abschnitt 6.1) und einmal als „*Tabellenband Komplettdatenanalyse: Auswertungen für weitere ausgewählte Fachgruppen mit Quartalsvergleich I-IV.2008 zu I-IV.2007 (Version 1.0 mit Stand 19.05.2009)*“ (siehe Abschnitt 6.2).

### 3.1.2 Methodische Limitationen

Es wäre von besonderem Interesse gewesen, im Rahmen der Ursachenanalyse nach Fachgruppen auch Angaben zur Teilleistungsdokumentation bei der Abrechnung von Pauschalleistungen mitberücksichtigen zu können. Da derartige Angaben im Rahmen der vertragsärztlichen Abrechnung nicht erhoben werden, ist keine Beurteilung möglich, ob und in welchem Ausmaß durch die Abrechnung von Leistungspauschalen weiterhin (Teil-) Leistungen erbracht werden, die als integraler Bestandteil von Pauschalen nicht mehr separat abrechenbar sind. Aus diesem Grund fokussiert sich die Einzelanalyse nach Gebührenordnungspositionen auf diejenigen Gebührenordnungspositionen, die in 2008 entweder als Pauschale für mehrere Einzelleistungen oder als Einzelleistungen (neben der Abrechnung von Pauschalen) im EBM 2008 abrechenbar sind.

## 3.2 Hausärztliche Praxen

### 3.2.1 Allgemeinmediziner

#### 3.2.1.1 Eckwerte Gesamt-Zeitraum I-IV- Quartal

Bei den **3.174 allgemein-medizinischen Praxen** mit Leistungsdaten in beiden Vergleichszeiträumen ist der **Leistungsbedarf je Praxis** von I-IV.2007 gegenüber I-IV.2008 um insgesamt 17,1% gestiegen. Diese Steigerung resultiert zum einen aus einer **Fallzahlsteigerung** von 2,3% und zum anderen aus einer Zunahme des durchschnittlichen **Leistungsbedarfs je Fall** von 14,5%.

#### 3.2.1.2 Eckwerte Einzelquartale I-IV- Quartal

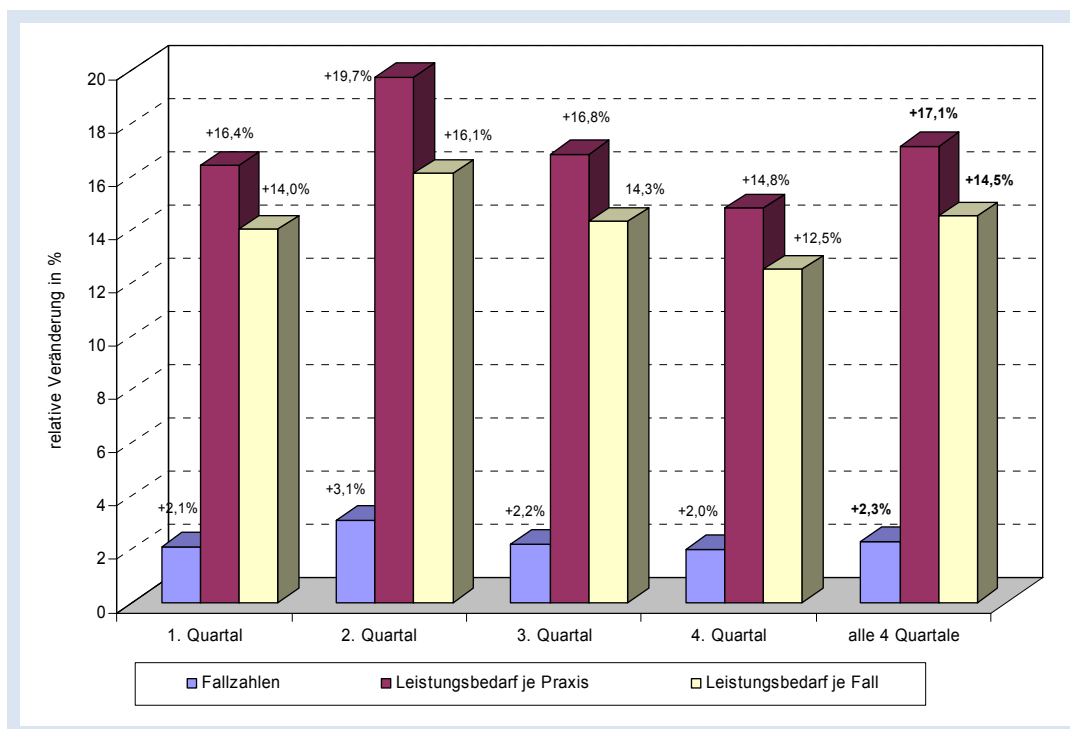


Abbildung 4: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei Allgemeinmedizinern

Im Vergleich der EBM 2008-Quartale zeigen sich hinsichtlich des Bewertungseffekts als Veränderung des Leistungsbedarfs je Fall gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal bei Allgemeinärzten Zunahmen zwischen 12,5% und 16,1% (siehe Abbildung 4). Im zweiten Quartal 2008 fällt die Zunahme dabei am höchsten aus, im vierten Quartal 2008 am niedrigsten. Der Mengeneffekt als Verände-



Die Fallzahl ist mit 2,0% beim Vergleich des Zeitraums IV.2007 zu IV.2008 am geringsten und beim Vergleich II.2007 gegenüber II.2008 mit 3,1% am höchsten.

Die Gesamtleistung bei Allgemeinmedizinern als Leistungsbedarf je Praxis variiert beim Vergleich der EBM 2008-Quartale gegenüber den Vorjahresquartalen in einer Größenordnung von 14,8% bis 19,7% und ist im vierten Quartal am niedrigsten und im zweiten Quartal am höchsten ausgeprägt (siehe Abbildung 4).

### 3.2.1.3 Leistungsbedarfsveränderung je Fall und Praxisgröße

In 92,8% der Praxen nimmt der Leistungsbedarf je Fall gegenüber dem Vorjahreszeitraum zu. Leistungsbedarfsveränderung je Fall und Praxisgröße sind bei Allgemeinärzten positiv korreliert. Das heißt mit zunehmender Praxisgröße steigt in dieser Fachgruppe der Anteil von Praxen mit einer Leistungsbedarfszunahme je Fall: bei kleineren Praxen beträgt er 86,8% und bei größeren Praxen 97,3%.

### 3.2.1.4 Analyse nach Leistungssegmenten

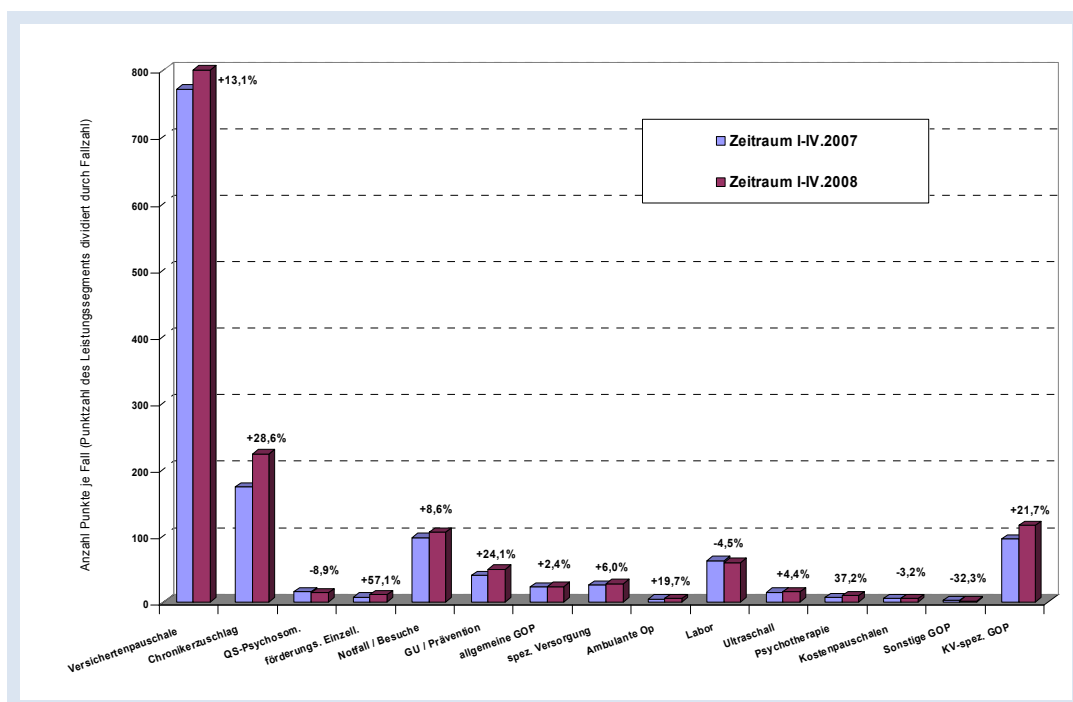


Abbildung 5: Anzahl EBM-Punkte je Fall differenziert nach Leistungssegmenten und deren relative Veränderungen im Vergleich 2007 zu 2008 bei Allgemeinmedizinern

Die Analyse nach Leistungssegmenten zeigt, dass der Leistungsbedarf bei den Allgemeinärzten im Wesentlichen aus den vier Segmenten „Versichertenpauschale“

schale und ihren Teilleistungen“, „Chronikerzuschlag“, „KV-spezifischen GOP“ sowie dem Segment „Notfalleleistungen“ besteht (siehe Abbildung 5). Auf diese vier Segmente entfallen im Zeitraum I-IV.2008 85,9% (I-IV.2007 84,9%) des Gesamt-Leistungsbedarfs von Allgemeinmedizinern.

Die **Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs von 2007 zu 2008** um insgesamt **+2.985,73 Mio. Punkte** bei den 3.174 allgemeinmedizinischen Praxen ergibt sich aus der **Zunahme von 3.024,68 Mio. Punkte**, hauptsächlich durch Leistungsbedarfszunahmen der Leistungssegmente „Versichertenpauschale“, „Chronikerzuschlag“ und „KV-spezifische GOP“, und der **Abnahme von 38,95 Mio. Punkte**, hauptsächlich in den Segmenten „QS-Psychosomatik“ und „Laborleistungen“ (siehe Abbildung 6).

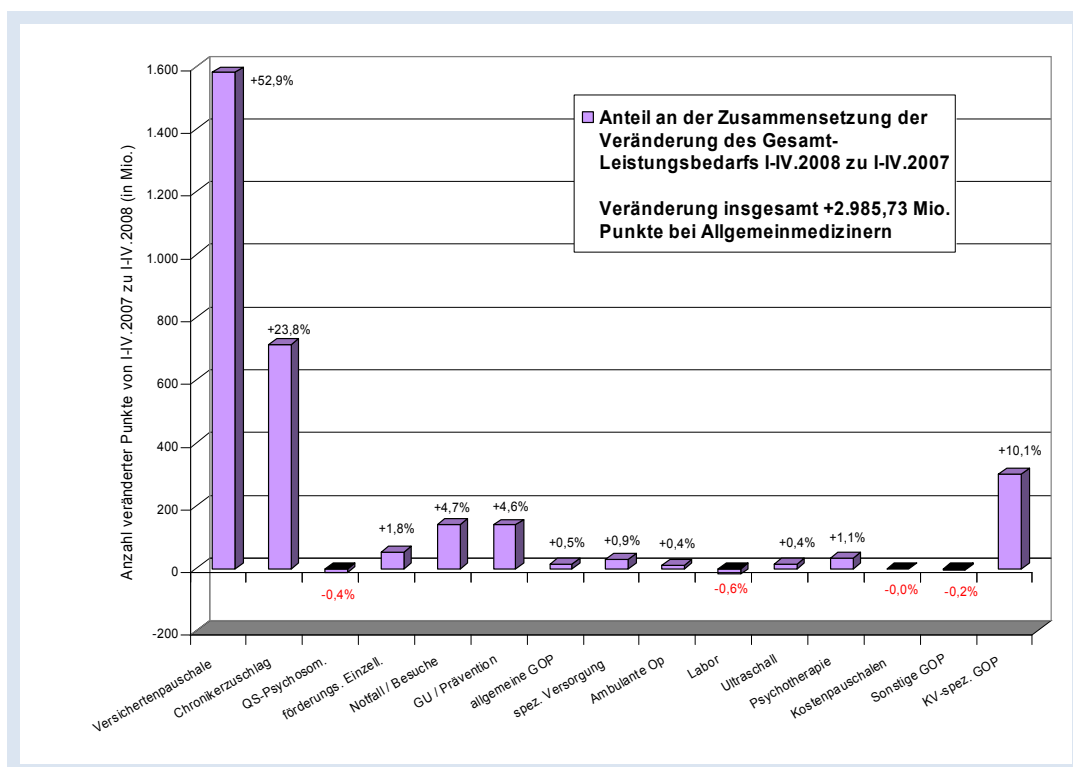


Abbildung 6: Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs in Punkten von 2007 zu 2008 differenziert nach Leistungssegmenten, mit zusätzlichem Ausweis des Anteils an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Allgemeinmedizinern

Das **Leistungssegment „Versichertenpauschale“**, zeichnet mit einem Anteil an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs von +52,9%. Dies resultiert im Wesentlichen aus den beiden GOP 03111 *Versichertenpauschale 6. - 59. Lebensjahr* und 03112 *Versichertenpauschale ab 60. Le-*

*bensjahr*. In diese sind mehrere in 2007 einzeln neben den damaligen Ordinationskomplexen berechenbare GOP eingegangen.

Das **Leistungssegment „Chronikerzuschlag“** dessen Anteil an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs +23,8% beträgt, enthält die in 2008 neu eingeführte GOP 03212 *Zuschlag zu den Versichertenpauschalen nach den Nrn. 03110 bis 03112 für die Behandlung von Patienten mit schwerwiegender chronischer Krankheit*. In diese gehen die in 2007 gültigen GOP 03001 und 03002 *Koordination der hausärztlichen Betreuung* und 03210 *Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronisch-internistischer(n) Grunderkrankung(en)*, sowie die GOP 03211 *Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronisch-degenerativer(n) und/oder entzündlicher(n) Erkrankung(en) des Bewegungsapparates* ein. Der Anteil dieses Segments am Gesamt-Leistungsbedarf steigt von 2007 auf 2008 von 12,9% auf 14,5%.

Das **Leistungssegment „KV-spezifische GOP“**, dessen Anteil an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs +10,1% beträgt, enthält Gebührenordnungspositionen zu KV- und Kassen-spezifischen Vereinbarungen.

In das **Leistungssegment „Notfall / Besuche“**, mit einem Leistungsbedarf von 1.397 Mio. Punkten, gehen in 2008 auch die neu eingeführten GOP 01415 *Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen* (154,1 Mio. Punkte) sowie die GOP 01211 *Zusatzpauschale Besuchsbereitschaft* (75,1 Mio. Punkte) ein. Zwar vermindert sich der Leistungsbedarf der GOP 01210 *Notfallpauschale* durch eine Abnahme der Leistungshäufigkeit (-5,4%) um insgesamt 23,3% bzw. 36,2 Mio. Punkte, insgesamt lässt sich aber eine gestiegene Punktmenge für die Notfallbehandlung (GOP 01210+01211) feststellen (+38,9 Mio. Punkte / +25,0%). Dem liegt zugrunde, dass die GOP 01210 (405 Punkte) und die GOP 01211 (255 Punkte) im EBM 2008 zusammen 660 Punkte ausmachen, während im davor gültigen EBM 2000plus die GOP 01210 *Ordinationskomplex im organisierten Not(fall)dienst* mit 500 Punkten bewertet ist.

Durch die Höherbewertung (ca. 10%) der Besuchsleistungen (GOP 01410- 01413) in 2008 verzeichnen diese trotz teilweise gesunkener Abrechnungshäufigkeit einen Zuwachs am Leistungsbedarf um insgesamt 61,8 Mio. Punkte gegenüber 2007. Bei der GOP 01430 *Verwaltungskomplex* ist ein Rückgang der Leistungshäufigkeit um 92,3% (von 4,4 Mio. in 2007 auf 0,3 Mio. in 2008) zu beobachten, u.a. durch geänderte Abrechnungsbestimmungen.

### 3.2.1.5 Top-5 Gebührenordnungspositionen

Die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen in den Quartalen I-IV.2008 bei Allgemeinärzten sind mit einem Anteil an der Gesamtleistung von zusammen 74,2% (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

03111	Versichertenpauschale 6.–59. Lebensjahr [32,3%]
03112	Versichertenpauschale ab 60. Lebensjahr [22,3%]
03212	Zuschlag zu den Versichertenpauschalen nach den Nrn. 03110 bis 03112 [14,5%]
32001	Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen [2,7%]
01732	Gesundheitsuntersuchung [2,4%]

Zum Vergleich sind in den Quartalen I-IV.2007 die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen, die zusammen 50,5% der Gesamtleistung verursachen (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

03005	Versorgungsbereichsspezifische Bereitschaft [23,2%]
03210	Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronisch-internistischer(n) Grunderkrankung(en) [9,8%]
03120	Beratung, Erörterung, Abklärung [6,2%]
03000	Hausärztliche Grundvergütung [6,2%]
03115	Konsultationskomplex [5,2%]

### 3.2.1.6 Analyse nach Gebührenordnungspositionen

Betrachtet man einzelne GOP, die im Rahmen der Analyse nach Leistungssegmenten (s.o.) noch nicht beschrieben worden sind, hinsichtlich relevanter Veränderungen, so fällt auf, dass bei den GOP 01731 *Krebsfrüherkennungs-Untersuchung beim Mann*, 01732 *Gesundheitsuntersuchung* und 01740 *Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms* Leistungsbedarfzunahmen von 2007 zu 2008 eingetreten sind (01731 +13,4%, 01732 +12,7%, 01740 +14,6%). Diese gründen sowohl auf Höherbewertungen (01731 +6,7%, 01732 +6,9%,

01740 +7,0%) als auch auf Zunahmen der Leistungshäufigkeit (01731 +6,3%, 01732 +5,4%, 01740 +7,1%). Der Leistungsbedarfswachstum für diese drei GOP beträgt insgesamt 62,3 Mio. Punkte.

Für die GOP 03321 *Belastungs-EKG*, 03324 *Langzeit-Blutdruckmessung* und 03330 *Spirographische Untersuchung* finden sich Leistungsbedarfzunahmen von 2007 zu 2008 (03321 +20,3%, 03324 +26,6%, 03330 +140,4%), die in erster Linie auf Mengeneffekte (Zunahme der Leistungshäufigkeit: 03321 +16,0%, 03324 +20,9%, 03330 +133,3%) zurückzuführen sind. Die Zunahme der Leistungshäufigkeit bei der Spirographie von 107.273 in 2007 auf 250.272 in 2008 führt zu einem Leistungsbedarfsanstieg von 24,8 Mio. Punkten.

Für die GOP 30201 *Chirotherapeutischer Eingriff an der Wirbelsäule* und 31012 und 31013 *Operationsvorbereitung bei Eingriffen* sind sowohl durch Zunahme der Leistungshäufigkeit (30201 +12,3%, 31012 +13,8%, 31013 +15,3%) als auch durch Höherbewertungen (30201 +5,3%, 31012 +7,3%, 31013 +7,1%) Leistungsbedarfzunahmen von 2007 zu 2008 eingetreten (30201 +18,2%, 31012 +22,1%, 31013 +23,4%), was insgesamt zu einem Leistungsbedarfsanstieg von 14,7 Mio. Punkten für diese drei GOP geführt hat.

Bei einzelnen Labor-Ziffern; u.a. GOP 32057, 32066, 32089, 32094, 32101, 32113, 32120, 32122 ist es zu Abnahmen der Leistungshäufigkeit von bis zu 22% gekommen. Dies steht in zeitlichem Zusammenhang mit der Laborreform, die zum 01.10.2008 umgesetzt worden ist und u.a. mit einer Direktabrechnung von Laborgemeinschaften mit den Kassenärztlichen Vereinigungen verbunden ist.

Bei den antragspflichtigen psychotherapeutischen GOP 35150 *Probatorische Sitzung*, 35200 *Tiefenpsychologisch fundierte Kurzzeit-Psychotherapie* und 35201 *Tiefenpsychologisch fundierte Langzeit-Psychotherapie* sind Leistungsbedarfzunahmen von 2007 zu 2008 eingetreten (35150 +54,2%, 35200 +35,2%, 35201 +19,7%), wobei diese sowohl auf Höherbewertungen (einheitlich mit 17,4%) als auch auf Zunahme der Leistungshäufigkeit (35150 +31,4%, 35200 +15,3%, 35201 +2,2%) zurückzuführen sind.

### 3.2.2 Hausarzt-Internisten

#### 3.2.2.1 Eckwerte Gesamt-Zeitraum I-IV- Quartal

Bei den **959 Praxen der hausärztlich tätigen Internisten** mit Leistungsdaten in beiden Vergleichszeiträumen ist der **Gesamt-Leistungsbedarf** von I-IV.2007 gegenüber I-IV.2008 um insgesamt 15,2% gestiegen. Diese Steigerung resultiert zum einen aus einer **Fallzahlsteigerung** von 2,1% und zum anderen aus einer Zunahme des durchschnittlichen **Leistungsbedarfs je Fall** von 12,8%.

#### 3.2.2.2 Eckwerte Einzelquartale I-IV- Quartal

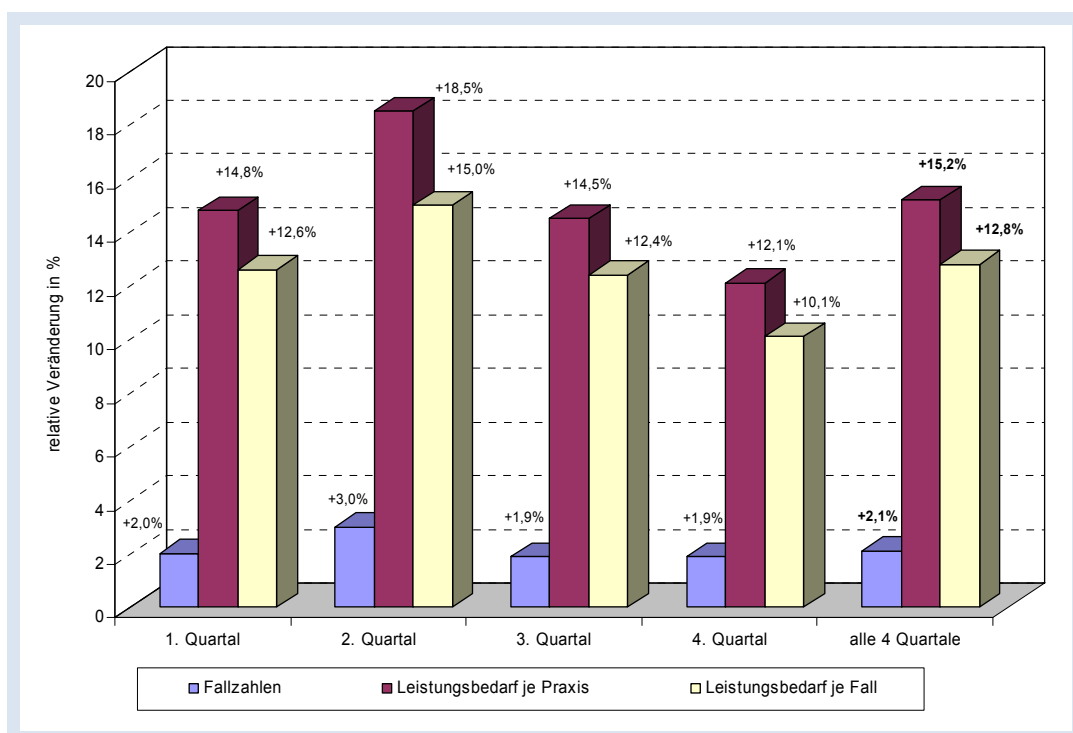


Abbildung 7: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei Hausarzt-Internisten

Im Vergleich der EBM 2008-Quartale zeigen sich, hinsichtlich des Bewertungseffekts als Veränderung des Leistungsbedarfs je Fall, gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal bei Hausarzt-Internisten Zunahmen zwischen 10,1% und 15,0% (siehe Abbildung 7). Im zweiten Quartal 2008 fällt die Zunahme dabei am höchsten aus, im vierten Quartal 2008 am niedrigsten. Der Mengeneffekt als Veränderung der Fallzahl ist mit 1,9% beim Vergleich des Zeiträume III und IV.2007 zu III

und IV.2008 am geringsten und beim Vergleich II.2007 gegenüber II.2008 mit 3,0% am höchsten.

Die Veränderung der Gesamtleistung bei Hausarzt-Internisten als Leistungsbedarf je Praxis variiert beim Vergleich der EBM 2008-Quartale gegenüber den Vorjahresquartalen in einer Größenordnung von 12,1% bis 18,5% und ist im vierten Quartal am niedrigsten und im zweiten Quartal am höchsten ausgeprägt (siehe Abbildung 7).

### 3.2.2.3 Leistungsbedarfsveränderung je Fall und Praxisgröße

In 91,9% der Praxen nimmt der Leistungsbedarf je Fall gegenüber dem Vorjahreszeitraum zu. Leistungsbedarfsveränderung je Fall und Praxisgröße sind bei Hausarzt-Internisten positiv korreliert. Das heißt mit zunehmender Praxisgröße steigt in dieser Fachgruppe der Anteil von Praxen mit einer Leistungsbedarfszunahme je Fall: bei kleineren Praxen beträgt er 86,6%, bei großen Praxen 95,3%.

### 3.2.2.4 Analyse nach Leistungssegmenten

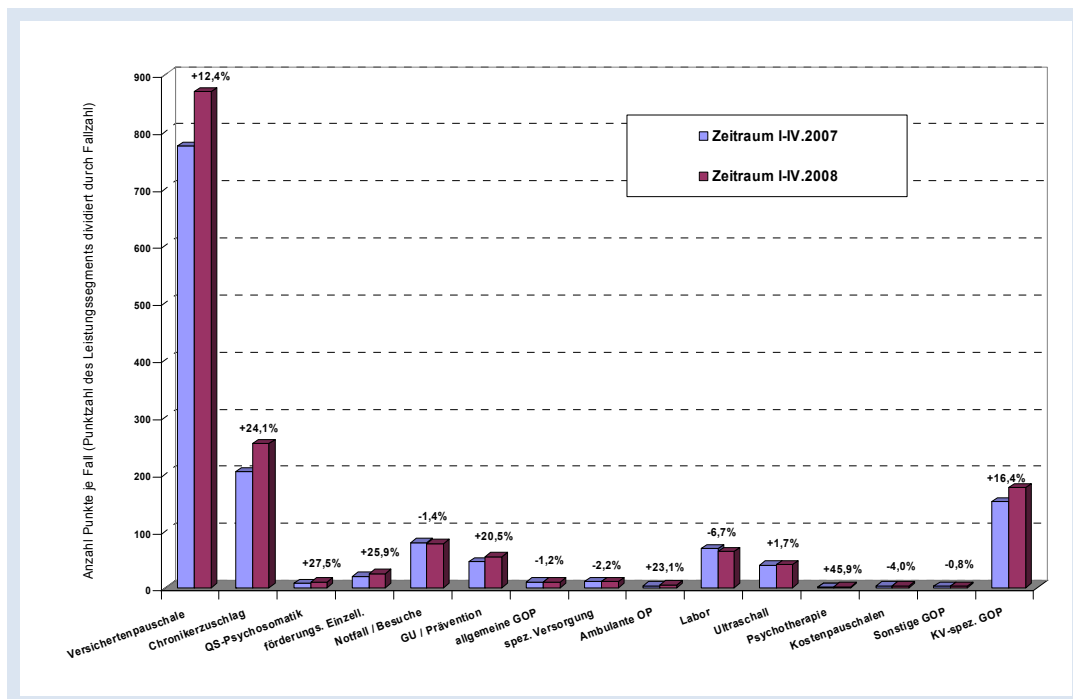


Abbildung 8: Anzahl EBM-Punkte je Fall differenziert nach Leistungssegmenten und deren relative Veränderungen im Vergleich 2007 zu 2008 bei Hausarzt-Internisten

Die Analyse nach Leistungssegmenten zeigt, dass der Leistungsbedarf bei den Hausarzt-Internisten im Wesentlichen aus den drei Segmenten „Versichertenpauschale und ihren Teilleistungen“, „Chronikerzuschlag“ und „KV-spezifische GOP“ besteht (siehe Abbildung 8). Auf diese drei Segmente entfallen im Zeitraum I-IV.2008 80,8% (I-IV.2007 79,3%) des Gesamt-Leistungsbedarfs.

Die **Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs von 2007 zu 2008** bei den 959 Praxen der hausärztlich tätigen Internisten um insgesamt **+824,98 Mio. Punkte** ergibt sich aus der **Zunahme von 837,54 Mio. Punkten**, hauptsächlich durch Leistungsbedarfszunahmen der Leistungssegmente „Versichertenpauschale“, „Chronikerzuschlag“ und „KV-spezifische GOP“, sowie der **Abnahme von 12,56 Mio. Punkten**, hauptsächlich im Leistungssegment „Laborleistungen“ begründet (siehe Abbildung 9).

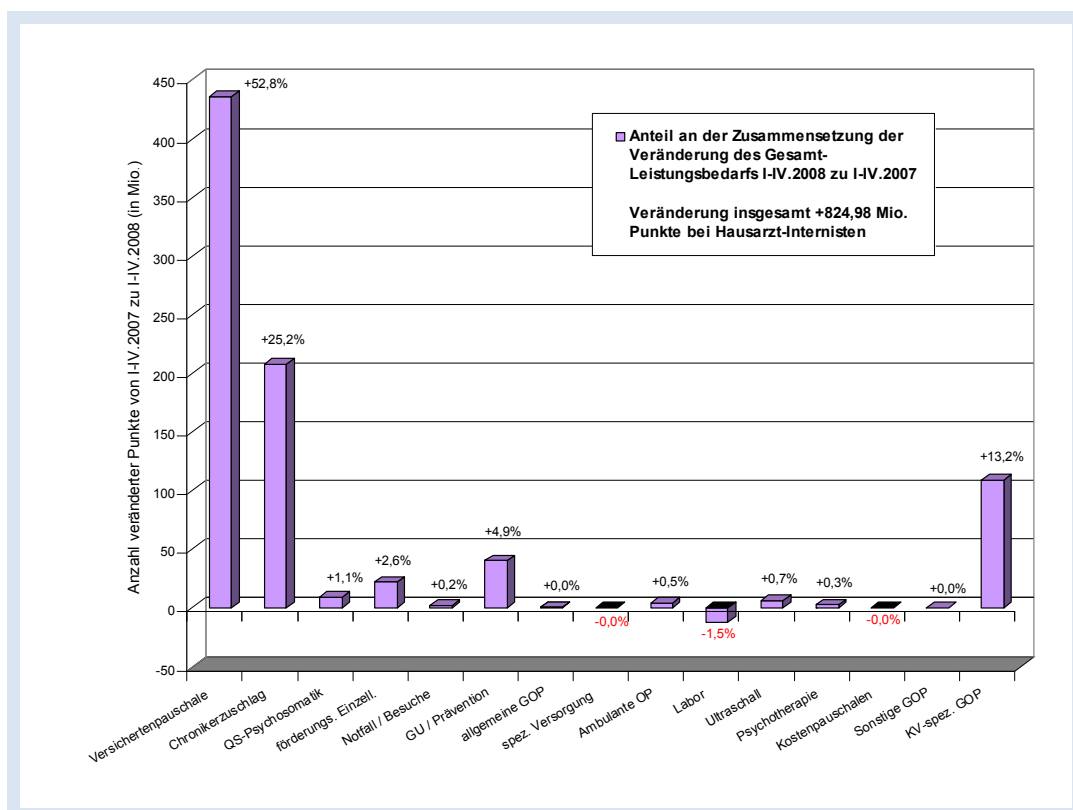


Abbildung 9: Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs in Punkten von 2007 zu 2008 differenziert nach Leistungssegmenten, mit zusätzlichem Ausweis des Anteils an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Hausarzt-Internisten

Das **Leistungssegment „Versichertenpauschale“** zeichnet mit einem Anteil von **+52,8%** an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs. Der Leistungsbedarf dieses Segments ergibt sich zu **95,5%**



(2007 19,0%) aus den GOP 03111 *Versichertenpauschale 6. - 59. Lebensjahr* und 03112 *Versichertenpauschale ab 60. Lebensjahr*. Diese Pauschalen enthalten mehrere in 2007 einzeln neben den damaligen Ordinationskomplexen berechenbare GOP. Die Höherbewertung der beiden Leistungen in 2008 und ein Anstieg der Leistungshäufigkeit (03111 +11,9%, 03112 +12,3%) sowie Leistungshäufigkeit je 100 Fälle (03111 +9,5%, 03112 +10,0%), führen zu einem Gesamt-Leistungsbedarfsanteil von insgesamt 51,7% für beide GOP (2007 10,4%) und sind hauptsächlich für den Leistungsbedarfsanstieg innerhalb des Segments verantwortlich.

Die in 2008 neu eingeführten GOP 03121 und 03122 *Versichertenpauschalen bei Behandlung im Vertretungsfall oder bei Überweisung zur Mit-, Weiterbehandlung oder Konsiliaruntersuchung* gehen mit einem Anteil von 4,2% (Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf 2,3%) und einer Leistungshäufigkeit von ca. 4 je 100 Fälle in das Leistungssegment ein.

Der Anstieg im **Leistungssegment „Chronikerzuschlag“** zeichnet mit einem Anteil von +25,2% an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs. Das Segment besteht fast gänzlich aus der in 2008 neu eingeführten GOP 03212 *Zuschlag zu den Versichertenpauschalen nach den Nrn. 03110 bis 03112 für die Behandlung von Patienten mit schwerwiegender chronischer Krankheit*. Diese ersetzt die in 2007 gültigen GOP 03001 und 03002 *Koordination der hausärztlichen Betreuung* und 03210 *Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronisch-internistischer(n) Grunderkrankung(en)*, sowie die GOP 03211 *Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronisch-degenerativer(n) und/oder entzündlicher(n) Erkrankung(en) des Bewegungsapparates*. Der Anteil dieses Segments am Gesamt-Leistungsbedarf steigt von 2007 auf 2008 von 14,3% auf 15,7%.

Für das **Leistungssegment „KV-spezifische GOP“** beträgt der Anteil an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs +13,2%. Es enthält Gebührenordnungspositionen zu KV- und Kassen-spezifischen Vereinbarungen.

Der Anteil von -1,5% an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs im **Leistungssegment „Laborleistungen“** begründet sich hauptsächlich in einer Abnahme der Leistungshäufigkeit (-20% bis -22%) einzelner Labor-Ziffern, u.a. GOP 32066, 32071, 32113, 32120, 32122, 32128. Dies steht in zeitlichem Zusammenhang mit der Laborreform, die zum 01.10.2008 umgesetzt

worden ist und u.a. mit einer Direktabrechnung von Laborgemeinschaften mit den Kassenärztlichen Vereinigungen verbunden ist.

### 3.2.2.5 Top-5 Gebührenordnungspositionen

Die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen in den Quartalen I-IV.2008 bei Hausarzt-Internisten sind mit einem Anteil an der Gesamtleistung von zusammen 72,8% (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

03112	Versichertenpauschale ab 60. Lebensjahr [28,0%]
03111	Versichertenpauschale 6. - 59. Lebensjahr [23,7%]
03212	Zuschlag zu den Versichertenpauschalen nach den Nrn. 03110 bis 03112 für die Behandlung von Patienten mit schwerwiegender chronischer Erkrankung [15,7%]
01732	Gesundheitsuntersuchung [2,8%]
32001	Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen [2,5%]

Zum Vergleich sind in den Quartalen I-IV.2007 die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen, die zusammen 52,0% der Gesamtleistung verursachen (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

03005	Versorgungsbereichsspezifische Bereitschaft [21,9%]
03210	Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronisch-internistischer Grunderkrankung(en) [11,9%]
03112	Ordinationskomplex ab 60. Lebensjahr [6,4%]
03120	Beratung, Erörterung, Abklärung [6,0%]
03000	Hausärztliche Grundvergütung [5,9%]

### 3.2.2.6 Analyse nach Gebührenordnungspositionen

Betrachtet man einzelne GOP, die im Rahmen der Analyse nach Leistungssegmenten (s.o.) noch nicht beschrieben worden sind, hinsichtlich relevanter Veränderungen, so fällt auf, dass der Leistungsbedarf der GOP 01210 *Notfallpauschale* bei Abnahme der Leistungshäufigkeit (-3,1%) um 21,4% bzw. 7,5 Mio.

Punkte abfällt. Für die Notfallbehandlung der Hausarzt-Internisten insgesamt (GOP 01210+01211) ist eine gestiegene Punktmenge festzustellen (+9,8 Mio. Punkte / +28,0%). Dies ist u.a. durch die Einführung der GOP 01211 *Zusatzpauschale Besuchsbereitschaft* in 2008 begründet, die mit 17,2 Mio. Punkten in den Gesamt-Leistungsbedarf der Hausarzt-Internisten eingeht. Die GOP 01210 (405 Punkte) und die GOP 01211 (255 Punkte) machen im EBM 2008 zusammen 660 Punkte aus, während im davor gültigen EBM 2000plus die GOP 01210 *Ordinationskomplex im organisierten Not(fall)dienst* mit 500 Punkten bewertet ist.

Die Zunahme der Leistungshäufigkeit der GOP 03330 *Spirographische Untersuchung* von 39.822 in 2007 auf 99.805 in 2008 (+151%) führt, bei geringfügiger Aufwertung in 2008 (+3,0%), zu einem Leistungsbedarfsanstieg von 10,40 Mio. Punkten (+158,2%) für diese Leistung.

Die im Quartal III.2008 eingeführten GOP 01745 und 01746 zum Hautkrebs-Screening gehen in das Leistungssegment „GU / Prävention“, mit einem +47,3%igen Anteil an der Zusammensetzung der Veränderung des Leistungsbedarfs dieses Segments, ein.

### 3.2.3 Hausärztlich fachübergreifende Praxen

Bei der Abrechnungsgruppe „Hausärztlich fachübergreifende Praxen“ handelt es sich aufgrund verschiedenster hausärztlicher Fachgruppenszusammensetzungen innerhalb der einzelnen Praxen um eine sehr heterogene Gesamtgruppe. So können in solchen Praxen beispielsweise ein Allgemeinmediziner und einem Kinderarzt oder aber auch ein Hausarzt-Internist, ein Allgemeinmediziner und ein Kinderarzt gemeinsam tätig sein.

Vor diesem Hintergrund erfolgt für die 631 Praxen an dieser Stelle keine inhaltliche Vertiefung, da unter methodischen Aspekten keine einheitlichen validen Aussagen zu dieser heterogenen hausärztlichen Fachgruppenkonstellation möglich sind.

### 3.2.4 Kinderärzte

#### 3.2.4.1 Eckwerte Gesamt-Zeitraum I-IV- Quartal

Bei den **546 pädiatrischen Praxen** mit Leistungsdaten in beiden Vergleichszeiträumen ist der **Gesamt-Leistungsbedarf** von I-IV.2007 gegenüber I-IV.2008 um insgesamt 7,9% gestiegen. Diese Steigerung resultiert zum einen aus einer **Fallzahlsteigerung** von 0,4% und zum anderen aus einer Zunahme des durchschnittlichen **Leistungsbedarfs je Fall** von 7,5%.

#### 3.2.4.2 Eckwerte Einzelquartale I-IV- Quartal

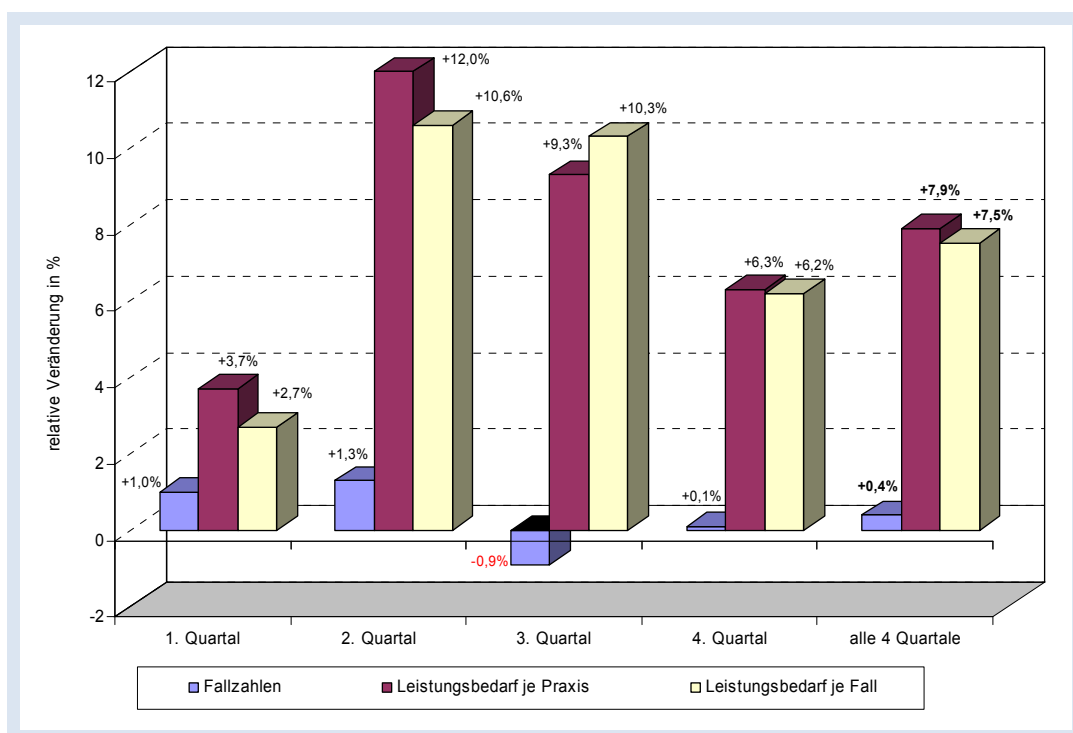


Abbildung 10: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei Kinderärzten

Im Vergleich der EBM 2008-Quartale zeigen sich, hinsichtlich des Bewertungseffekts als Veränderung des Leistungsbedarfs je Fall, gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal bei Kinderärzten Zunahmen zwischen 2,7% und 10,6% (siehe Abbildung 10). Im zweiten Quartal 2008 fällt die Zunahme dabei am höchsten aus, im ersten Quartal 2008 am niedrigsten. Der Mengeneffekt als Veränderung der Fallzahl ist mit -0,9% beim Vergleich des Zeitraums III.2007 zu III.2008 am geringsten und beim Vergleich II.2007 gegenüber II.2008 mit 1,3% am höchsten.

Die Veränderung der Gesamtleistung bei Kinderärzten als Leistungsbedarf je Praxis variiert beim Vergleich der EBM 2008-Quartale gegenüber den Vorjahresquartalen in einer Größenordnung von 3,7% bis 12,0% und ist im ersten Quartal am niedrigsten und im zweiten Quartal am höchsten ausgeprägt (siehe Abbildung 10).

### 3.2.4.3 Leistungsbedarfsveränderung je Fall und Praxisgröße

In 77,8% der Praxen nimmt der Leistungsbedarf je Fall gegenüber dem Vorjahreszeitraum zu. Leistungsbedarfsveränderung je Fall und Praxisgröße sind bei Kinderärzten positiv korreliert. Das heißt mit zunehmender Praxisgröße steigt in dieser Fachgruppe der Anteil von Praxen mit einer Leistungsbedarfszunahme je Fall: bei kleineren Praxen beträgt er 59,9% und bei großen Praxen 90,1%.

### 3.2.4.4 Analyse nach Leistungssegmenten

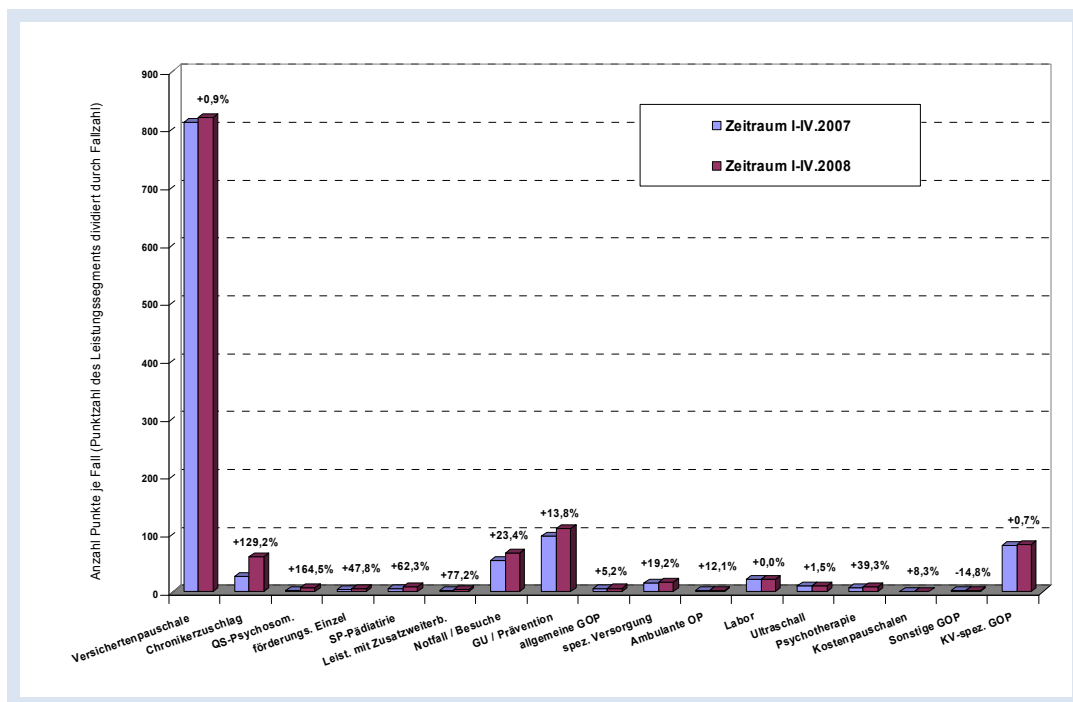


Abbildung 11: Anzahl EBM-Punkte je Fall differenziert nach Leistungssegmenten und deren relativen Veränderungen im Vergleich 2007 zu 2008 bei Kinderärzten

Die Analyse nach Leistungssegmenten zeigt, dass der Leistungsbedarf bei den Kinderärzten im Wesentlichen aus den fünf Segmenten „Versichertenpauschale und ihren Teilleistungen“, „GU / Prävention“, „KV-spezifische GOP“, „Notfallleistungen“ und „Chronikerzuschlag“ besteht (siehe Abbildung 11). Auf diese fünf

Segmente entfallen im Zeitraum I-IV.2008 92,1% (I-IV.2007 93,0%) des Gesamt-Leistungsbedarfs von Kinderärzten.

Die **Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs von 2007 zu 2008** bei den 546 pädiatrischen Praxen um insgesamt **+264,38 Mio. Punkte** ergibt sich aus der **Zunahme von 265,27 Mio. Punkten**, hauptsächlich durch Leistungsbedarfszunahmen der Leistungssegmente „Versichertenpauschale“, „Chronikerzuschlag“, „GU / Prävention“ sowie „Notfalleistung“, und der **Abnahme von 0,89 Mio. Punkten** im Leistungssegment „Sonstige GOP des EBM“ (siehe Abbildung 12).

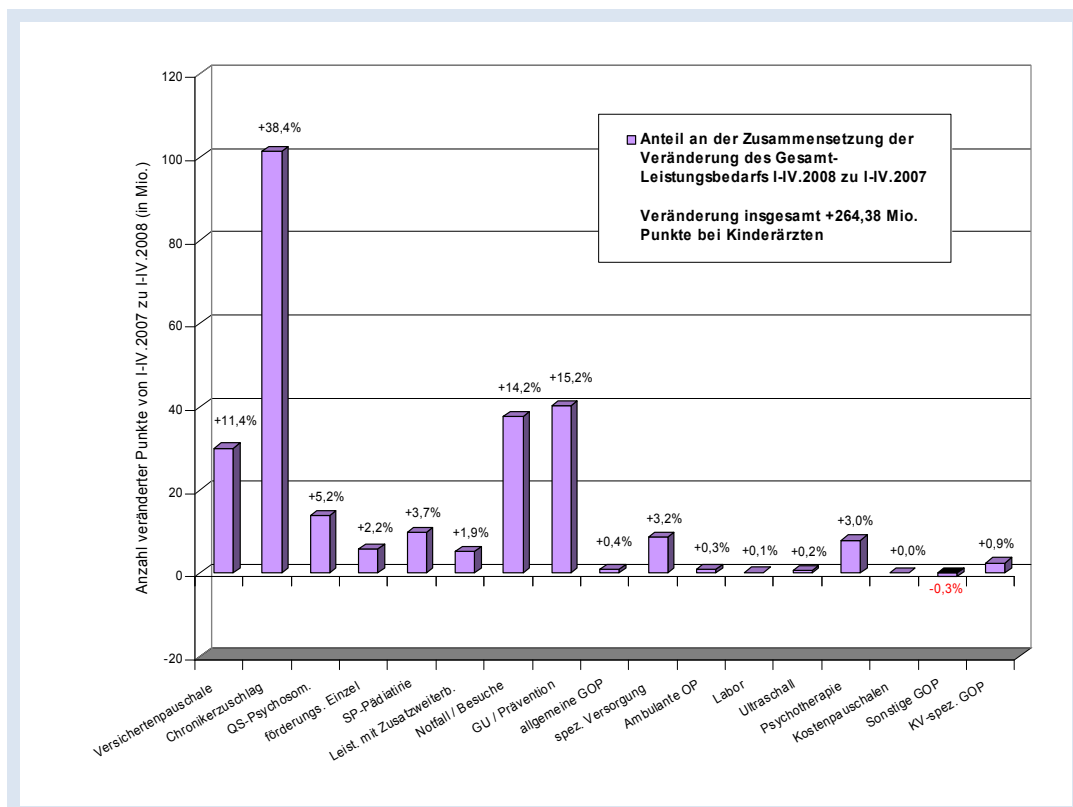


Abbildung 12: Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs in Punkten von 2007 zu 2008 differenziert nach Leistungssegmenten, mit zusätzlichem Ausweis des Anteils an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Kinderärzten

Das **Leistungssegment „Versichertenpauschale“** zeichnet mit einem Anteil von +11,4% an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs. Der Leistungsbedarf dieses Segments ergibt sich zu 97,3% (2007 12,9%) aus den GOP 04110 *Versichertenpauschale bis 5. Lebensjahr* und 04111 *Versichertenpauschale 6. - 59. Lebensjahr*. Diese Pauschalen enthalten mehrere in 2007 einzeln neben den damaligen Ordinationskomplexen berechenbare GOP. Die Höherbewertung der beiden Leistungen in 2008 und ein Anstieg

der Leistungshäufigkeit je 100 Fälle (04110 +16,9%, 04111 +25,7%) führen zu einem Gesamt-Leistungsbedarfsanteil von insgesamt 64,5% für beide GOP (2007 9,1%) und sind hauptsächlich für den Leistungsbedarfsanstieg innerhalb des Segments verantwortlich.

Die in 2008 neuen GOP 04120 *Versichertenpauschale bei Überweisung - bis 5. Lebensjahr* (2007: Beratung, Erörterung, Abklärung) und 04121 *Versichertenpauschale bei Überweisung - 6. - 59. Lebensjahres* gehen mit einem Anteil von 1,7% in den Gesamt-Leistungsbedarf ein.

Obwohl das Leistungssegment „Versichertenpauschale“ auch bei Kinderärzten mit 66,3% in 2008 (2007 70,6%) den überwiegenden Anteil des Gesamt-Leistungsbedarfs ausmacht, ist hier ein deutlich geringerer Anstieg als bei den übrigen Hausärzten, also Allgemeinärzten und hausärztlichen Internisten, festzustellen.

Ursache dafür ist, dass die in der Versichertenpauschale aufgegangene Gebührenordnungsposition für den Ganzkörperstatus am Gewicht bzw. der Abrechnungsfrequenz der GOP in den beiden übrigen Hausarztgruppen gemessen wurde. Diese GOP ist für den Leistungsbedarf dort unbedeutend (> 1% in 2007), für Kinderärzte aber maßgeblich (13,7% in 2007), weshalb sie in dieser Arztgruppe auch zu den fünf Top-Leistungen 2007 gehörte (siehe unten).

Ihr Wegfall bzw. ihre Einbeziehung in die Versichertenpauschale erklärt auch den um ca. 7 Prozentpunkte höheren Rückgang von GO-Positionen je Behandlungsfall gegenüber Allgemeinärzten und hausärztlichen Internisten.

Bei der GOP 04311 *Ganzkörperstatus* fällt auf, dass eine Abnahme der mittleren Leistungshäufigkeit der GOP innerhalb des Jahres 2007 eingetreten ist (siehe Abbildung 13): wurde die GOP im Mittel bei 62,0 je 100 Fälle im ersten Quartal abgerechnet, verringerte sich die mittlere Leistungshäufigkeit im zweiten bzw. dritten Quartal auf 46,0 bzw. 46,2 und stieg dann im vierten Quartal auf 55,0 je 100 Fälle. Die Leistungshäufigkeit der GOP 04210 *Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronisch-internistischer Grunderkrankung*, die als Komplexleistung fakultativ den Ganzkörperstatus beinhaltet, hat sich innerhalb des Jahres 2007 nicht wesentlich verändert und wurde in einer Häufigkeit von 2,0 bis 2,9 je 100 Fälle abgerechnet (siehe Abbildung 13).

Der Abfall der Leistungshäufigkeit der GOP 04311 ab dem ersten Quartal spiegelt sich auch in den Eckwerten der Einzelquartale wieder (siehe Abbildung 10). Hier waren beim Vergleich der Abrechnungsdaten zwischen ersten Quartal 2007 und

ersten Quartal 2008 Leistungsbedarf je Fall und je Praxis überproportional niedrig im Vergleich zu den anderen Quartalen, insbesondere zum zweiten und dritten Quartal.

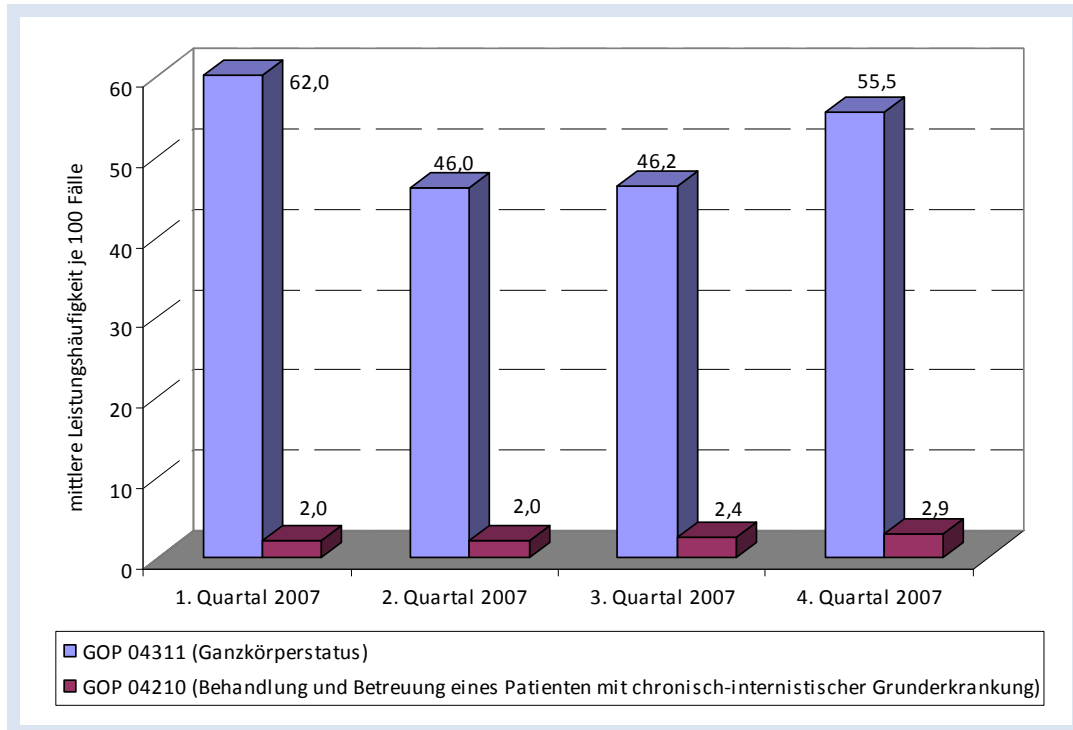


Abbildung 13: Entwicklung der mittleren Leistungshäufigkeit je 100 Fälle für die GOP 04311 (Ganzkörperstatus) und GOP 04210 im Verlauf vom ersten bis zum vierten Quartal 2007 bei Kinderärzten

Der Anstieg im **Leistungssegment „Chronikerzuschlag“** zeichnet mit einem Anteil von +38,4% an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs. Diese Zunahme beruht u.a. auf der Einführung der GOP 04212 *Zuschlag zu Versichertenpauschalen 04110 bis 04112 für die Behandlung von Patienten mit schwerwiegender chronischer Erkrankung* in 2008. Diese geht mit einem Anteil von 4,8% bei einer Leistungshäufigkeit von 12,1 je 100 Fälle in den Gesamt-Leistungsbedarf der Kinderärzte ein.

Für das **Leistungssegment „GU / Prävention“** beträgt der Anteil an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs +15,2%. Die GOP für dieses Segment erhielten in 2008 eine leichte Höherbewertung: Früherkennungsuntersuchungen 01711-01720, ca. 7-8% und die GOP 01721 *Besuchsleistung nach 01711-01720* +10%. Dieser Bewertungseffekt und die Einführung der Leistung 01723 *Untersuchung im 34. bis 36. Lebensmonat (U7a)* zeichnen hauptsächlich für den Anstieg des Leistungsbedarfs dieses Segments.



Der Anstieg um 23,8% des Leistungsbedarfs im **Leistungssegment „Notfall / Besuche“** ist fast ausschließlich auf die Einführung der GOP 01211 *Zusatzpauschale Besuchsbereitschaft* zurückzuführen. Diese gehört mit 62,9 Mio. Punkten und einem Anteil von 1,7% am Gesamt-Leistungsbedarf zu den fünf Top-Leistungen der Kinderärzte in 2008. Zwar erfuhr die GOP 01210 *Notfallpauschale* in 2008 eine andere Bewertung (500 Punkte in 2007, 405 Punkte in 2008), insgesamt lässt sich aber eine gestiegene Punktmenge für die Notfallbehandlung (GOP 01210+01211 mit insgesamt 660 Punkten) feststellen (+42,9 Mio. Punkte / +35,8%). Somit begründet sich der Anteil des Segments an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs von +14,2% hauptsächlich durch die Einführung der GOP 01211.

#### 3.2.4.5 Top-5 Gebührenordnungspositionen

Die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen in den Quartalen I-IV.2008 bei Kinderärzten sind mit einem Anteil an der Gesamtleistung von zusammen 73,8% (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

04111	Versichertenpauschale 6. - 59. Lebensjahr [35,2%]
04110	Versichertenpauschale bis 5. Lebensjahr [29,3%]
04212	Zuschlag zu Versichertenpauschalen 04110 bis 04112 für die Behandlung von Patienten mit schwerwiegender chronischer Erkrankung [4,8%]
01210	Notfallpauschale [2,6%]
01211	Zusatzpauschale Besuchsbereitschaft [1,7%]

Zum Vergleich sind in den Quartalen I-IV.2007 die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen, die zusammen 55,6% der Gesamtleistung verursachen (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

04005	Versorgungsbereichsspezifische Bereitschaft [25,4%]
04311	Ganzkörperstatus [13,7%]
04000	Kinder- und jugendmedizinische Grundvergütung [6,8%]
04111	Ordinationskomplex ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59.

	Lebensjahr [4,9%]
04120	Beratung, Erörterung, Abklärung [4,8%]

#### 3.2.4.6 Analyse nach Gebührenordnungspositionen

Betrachtet man einzelne GOP, die im Rahmen der Analyse nach Leistungssegmenten (s.o.) noch nicht beschrieben worden sind, hinsichtlich relevanter Veränderungen, so fällt auf, dass die GOP für die psychodiagnostischen Testverfahren 35300 *Anwendung und Auswertung standardisierter Testverfahren* sowie 35301 *Anwendung und Auswertung von psychometrischen Testverfahren* überdurchschnittliche Leistungsbedarfssteigerungen (35300 +31,5%, 35301 +52,0%) aufweisen.

Beide erhielten in 2008 eine geringfügige Aufwertung, die neben der als hauptsächlich zu betrachtenden gestiegenen Leistungshäufigkeit je 100 Fälle (35300 +22,8%, von 3,86 auf 4,74 / 35301 +42,0%, von 3,69 auf 5,24) verantwortlich für den Anstieg des Leistungsbedarfs der beiden GOP zeichnet.

### 3.3 Fachärztliche Praxen

#### 3.3.1 Anästhesisten

##### 3.3.1.1 Eckwerte Gesamt-Zeitraum I-IV- Quartal

Bei den **226 anästhesiologischen Praxen** mit Leistungsdaten in beiden Vergleichszeiträumen ist der **Gesamt-Leistungsbedarf** von I-IV.2007 gegenüber I-IV.2008 um insgesamt 16,1% gestiegen. Diese Steigerung resultiert zum einen aus einer **Fallzahlsteigerung** von 6,7% und zum anderen aus einer Zunahme des durchschnittlichen **Leistungsbedarfs je Fall** von 8,8%.

##### 3.3.1.2 Eckwerte Einzelquartale I-IV- Quartal

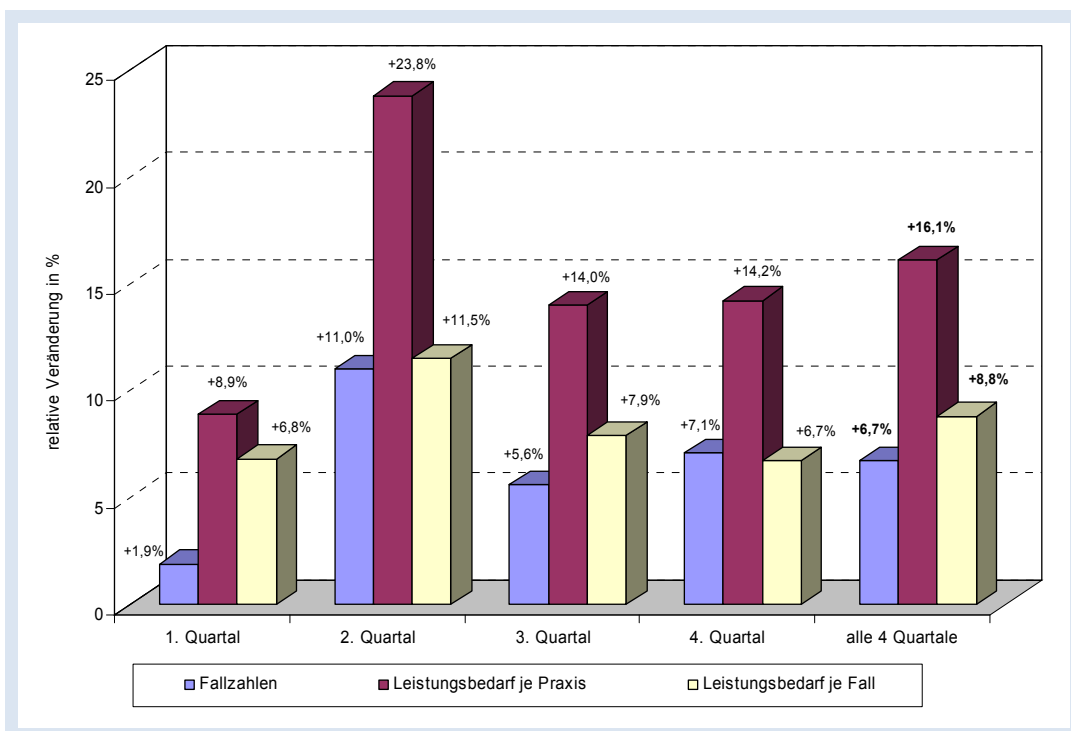


Abbildung 14: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei Anästhesisten

Im Vergleich der EBM 2008-Quartale zeigen sich, hinsichtlich des Bewertungseffekts als Veränderung des Leistungsbedarfs je Fall, gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal bei Anästhesisten Zunahmen zwischen 6,7% und 11,5% (siehe Abbildung 14). Im zweiten Quartal 2008 fällt die Zunahme dabei am höchsten aus, im vierten Quartal 2008 am niedrigsten. Der Mengeneffekt als Veränderung

der Fallzahl ist mit 1,9% beim Vergleich des Zeitraums I.2007 zu I.2008 am geringsten und beim Vergleich II.2007 gegenüber II.2008 mit 11,0% am höchsten.

Die Veränderung der Gesamtleistung bei Anästhesisten als Leistungsbedarf je Praxis variiert beim Vergleich der EBM 2008-Quartale gegenüber den Vorjahresquartalen in einer Größenordnung von 8,9% bis 23,8% und ist im ersten Quartal am niedrigsten und im zweiten Quartal am höchsten ausgeprägt (siehe Abbildung 14).

### 3.3.1.3 Leistungsbedarfsveränderung je Fall und Praxisgröße

In 83,6% der Praxen nimmt der Leistungsbedarf je Fall gegenüber dem Vorjahreszeitraum zu. Leistungsbedarfsveränderung je Fall und Praxisgröße sind bei Anästhesisten positiv korreliert. Das heißt mit zunehmender Praxisgröße steigt in dieser Fachgruppe der Anteil von Praxen mit einer Leistungsbedarfszunahme je Fall: bei kleineren Praxen beträgt er 78,7% und bei großen Praxen 89,3%.

### 3.3.1.4 Analyse nach Leistungssegmenten

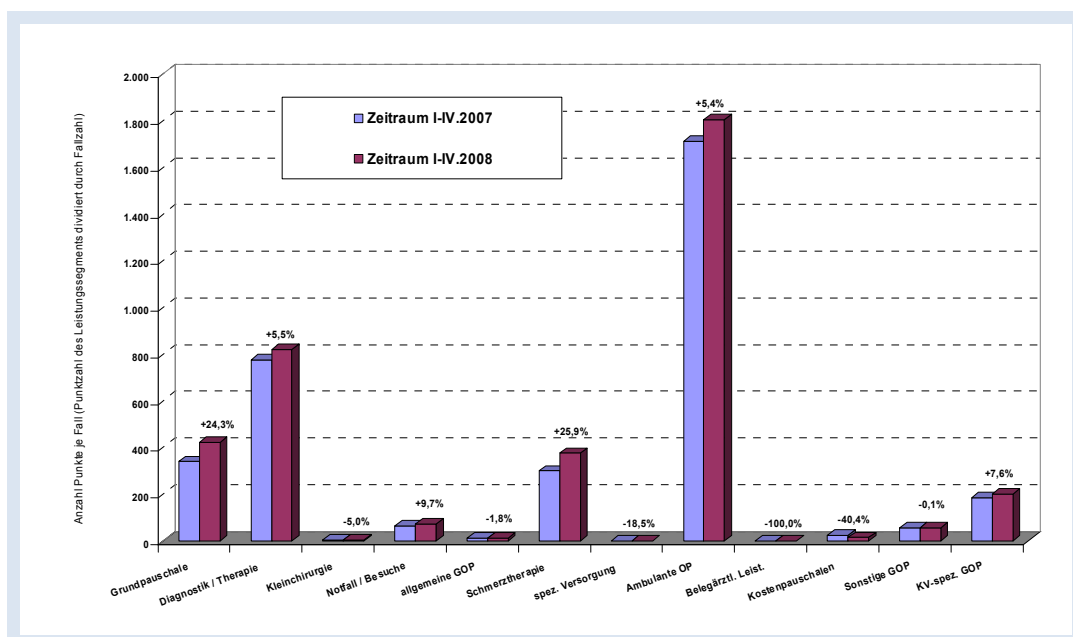


Abbildung 15: Anzahl EBM-Punkte je Fall differenziert nach Leistungssegmenten und deren relative Veränderungen im Vergleich 2007 zu 2008 bei Anästhesisten

Die Analyse nach Leistungssegmenten zeigt, dass der Leistungsbedarf bei den Anästhesisten im Wesentlichen aus den vier Segmenten „Grundpauschale und

ihren Teilleistungen“, „Diagnostik / Therapie“, „Schmerztherapie“ und „Ambulante OP“ besteht (siehe Abbildung 15). Auf diese vier Segmente entfallen im Zeitraum I-IV.2008 90,7% (I-IV.2007 90,1%) des Gesamt-Leistungsbedarfs von Anästhesisten.

Die **Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs von 2007 zu 2008** bei den 226 anästhesiologischen Praxen um insgesamt **+140,74 Mio. Punkte** ergibt sich aus der **Zunahme von 142,96 Mio. Punkten**, hauptsächlich durch Leistungsbedarfszunahmen der Leistungssegmente „Ambulante OP“, „Grundpauschale“, „Schmerztherapie“ sowie „Diagnostik / Therapie“, und der **Abnahme von 2,22 Mio. Punkten**, größtenteils durch Leistungsbedarfsabnahmen im Leistungssegment „Kostenpauschalen“ (siehe Abbildung 16).

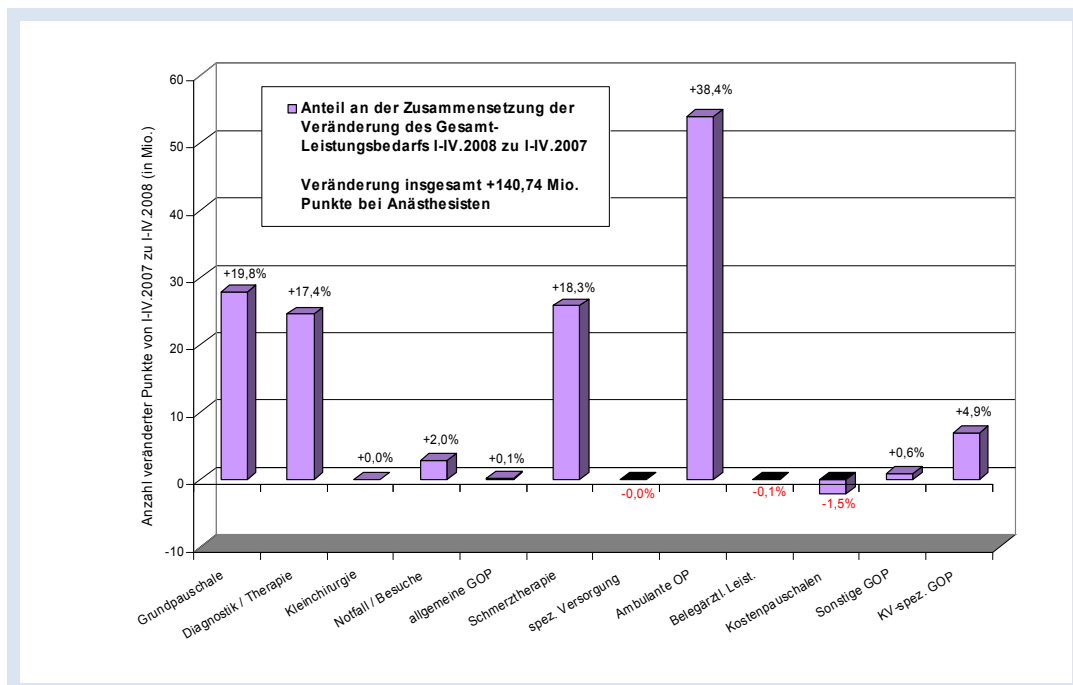


Abbildung 16: Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs in Punkten von 2007 zu 2008 differenziert nach Leistungssegmenten, mit zusätzlichem Ausweis des Anteils an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Anästhesisten

Das **Leistungssegment „Ambulante OP“** zeichnet mit einem Anteil an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs von +38,4%. Der Leistungsbedarf dieses Segments ergibt sich zu 78,0% aus der GOP 31503 *Postoperative Überwachung* sowie den Anästhesie-GOP 31821-31824. Diese Leistungen erfuhren in 2008 eine Höherbewertung, die neben einer gestiegenen Leistungshäufigkeit, bei annähernd gleichbleibender Häufigkeit je 100 Fälle, den Anstieg des Leistungsbedarfs des Segments begründen.

Das **Leistungssegment „Grundpauschale“** zeichnet mit einem Anteil von +19,8% an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs. In die GOP für die Grundpauschalen 05210-05212 sind mehrere in 2007 einzeln neben den damaligen Ordinationskomplexen berechenbare GOP eingegangen. Die GOP 30700 *Grundpauschale schmerztherapeutischer Patient* (2007: Basisabklärung und umfassende schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten), in 2007 im Segment „Schmerztherapie“ geführt, geht 2008 mit einem 33,0%igen Anteil am Leistungsbedarf in das Segment „Grundpauschale“ ein. Mit der Zunahme ihres Leistungsbedarfs um +137,3% bei einer Häufigkeit von 20,3 je 100 Fälle (2007 Häufigkeit 4,2 je 100 Fälle) ist diese hauptsächlich für den Leistungsbedarfsanstieg des Segments verantwortlich.

Das **Leistungssegment „Schmerztherapie“** zeichnet mit einem Anteil von +18,3% an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs. Als neue GOP wurden die 30702 *Zusatzpauschale Schmerztherapie* und 30704 *Zuschlag für die Erbringung der Gebührenordnungsposition Nr. 30702* eingeführt. Der Anteil dieser beträgt insgesamt 62,8% am Leistungsbedarf des Segments in 2008. Die GOP 30791 *Durchführung einer Körperakupunktur*, 30760 *Dokumentierte Überwachung im Anschluss an die Gebührenordnungspositionen 30710, 30721, 30722, 30724 und 30730*, 30724 *Spinalnerven-Analgesie und Analgesie der Rami communicantes an den Foramina intervertebralia* und 30710 *Infusion von nach der BtMVV verschreibungspflichtigen Analgetika oder von Lokalanästhetika* erfuhren in 2008 eine Höherbewertung. Zusätzlich ist ein fallzahlbedingter Anstieg der Leistungshäufigkeit für diese GOP feststellbar.

Das **Leistungssegment „Diagnostik / Therapie“** zeichnet mit einem Anteil von +17,4% an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs. Alle im Rahmen der Begleitstudie identifizierten GOP dieses Segments erfuhren in 2008 eine Höherbewertung, die neben einer gestiegenen Abrechnungshäufigkeit, bei annähernd gleichbleibender Häufigkeit je 100 Fälle, den Anstieg des Leistungsbedarfs des Segments begründen.

Die Abnahme des Leistungsbedarfs im **Leistungssegment „Kostenpauschalen“**, das mit einem Anteil von -1,5% an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs zeichnet, ist durch eine Abnahme der Leistungshäufigkeiten der GOP in diesem Segment, u.a. GOP 40120, 40220, 40222, 40224, 40230, um bis zu 40,5% (40220) begründet.

### 3.3.1.5 Top-5 Gebührenordnungspositionen

Die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen in den Quartalen I-IV.2008 bei Anästhesisten sind mit einem Anteil an der Gesamtleistung von zusammen 41,1% (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

31822	Anästhesie oder Narkose 2 [16,9%]
05310	Präanästhesiologische Untersuchung [6,3%]
31503	Postoperative Überwachung 3 [6,0%]
31823	Anästhesie oder Narkose 3 [6,0%]
05330	Anästhesie oder Kurznaarkose [5,9%]

Zum Vergleich sind in den Quartalen I-IV.2007 die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen, die zusammen 42,3% der Gesamtleistung verursachen (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

31822	Anästhesie oder Narkose 2 [17,0%]
05310	Präanästhesiologische Untersuchung [6,6%]
31823	Anästhesie oder Narkose 3 [6,5%]
31503	Postoperative Überwachung 3 [6,1%]
05330	Anästhesie oder Kurznaarkose [6,1%]

### 3.3.1.6 Analyse nach Gebührenordnungspositionen

Neben den in der Analyse nach Leistungssegmenten (s.o.) beschriebenen relevanten Veränderungen sind bei den Anästhesisten keine Auffälligkeiten bezogen auf weitere GOP festzustellen.

### 3.3.2 Ärzte für psychosomatische Medizin

#### 3.3.2.1 Eckwerte Gesamt-Zeitraum I-IV- Quartal

Bei den **218 psychosomatischen Arztpraxen** mit Leistungsdaten in beiden Vergleichszeiträumen ist der **Gesamt-Leistungsbedarf** von I-IV.2007 gegenüber I-IV.2008 um insgesamt 22,0% gestiegen. Diese Steigerung resultiert zum einen aus einer **Fallzahlsteigerung** von 7,4% und zum anderen aus einer Zunahme des durchschnittlichen **Leistungsbedarfs je Fall** von 13,6%.

#### 3.3.2.2 Eckwerte Einzelquartale I-IV- Quartal

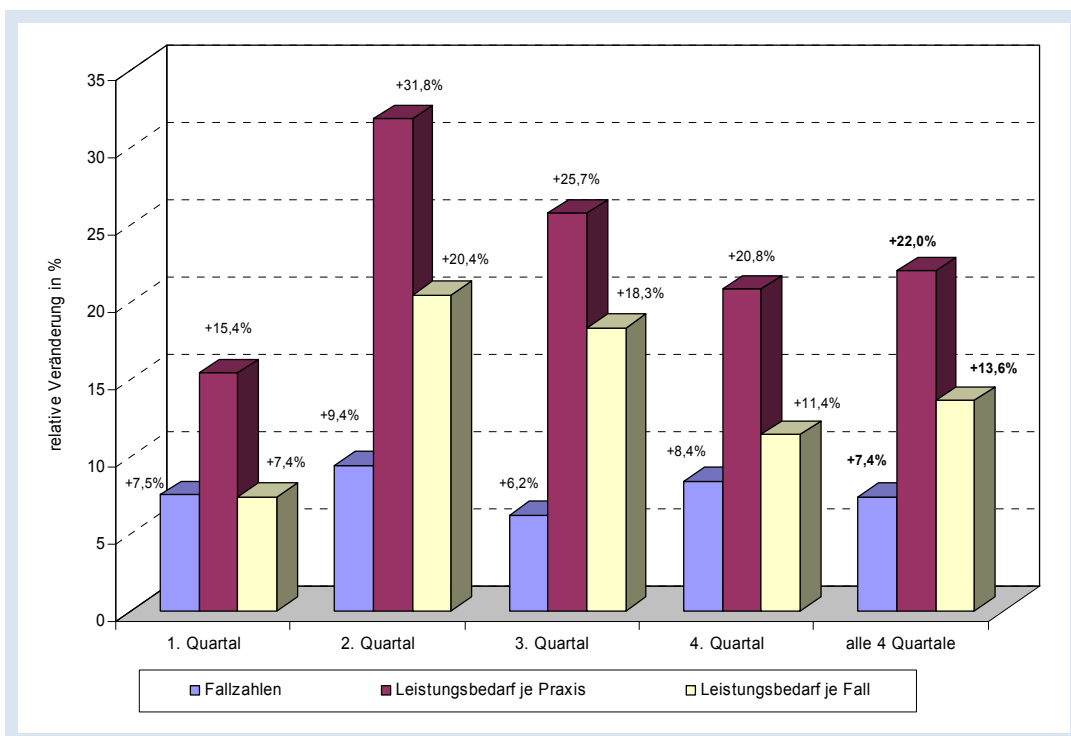


Abbildung 17: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei Ärzten für psychosomatische Medizin

Im Vergleich der EBM 2008-Quartale zeigen sich, hinsichtlich des Bewertungseffekts als Veränderung des Leistungsbedarfs je Fall, gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal bei den psychosomatischen Arztpraxen Zunahmen zwischen 7,4% und 20,4% (siehe Abbildung 17). Im zweiten Quartal 2008 fällt die Zunahme dabei am höchsten aus, im ersten Quartal 2008 am niedrigsten. Der Mengeneffekt als Veränderung der Fallzahl ist mit 6,2% beim Vergleich des Zeitraums



III.2007 zu III.2008 am geringsten und beim Vergleich II.2007 gegenüber II.2008 mit 9,4% am höchsten.

Die Veränderung der Gesamtleistung als Leistungsbedarf je Praxis variiert beim Vergleich der EBM 2008-Quartale gegenüber den Vorjahresquartalen in einer Größenordnung von 15,4% bis 31,8% und ist im ersten Quartal am niedrigsten und im zweiten Quartal am höchsten ausgeprägt (siehe Abbildung 17).

### 3.3.2.3 Leistungsbedarfsveränderung je Fall und Praxisgröße

In 81,2% der Praxen nimmt der Leistungsbedarf je Fall gegenüber dem Vorjahreszeitraum zu. Leistungsbedarfsveränderung je Fall und Praxisgröße sind bei den Arztpraxen für psychosomatische Medizin positiv korreliert. Das heißt mit zunehmender Praxisgröße steigt in dieser Fachgruppe der Anteil von Praxen mit einer Leistungsbedarfszunahme je Fall: bei kleineren Praxen beträgt er 72,2% und bei größeren Praxen 83,6%.

### 3.3.2.4 Top-5 Gebührenordnungspositionen

Die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen in den Quartalen I-IV.2008 bei psychosomatischen Arztpraxen sind mit einem Anteil an der Gesamtleistung von zusammen 84,5% (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

35200	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung) [32,4%]
35201	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung) [21,8%]
35210	Analytische Psychotherapie (Einzelbehandlung) [18,1%]
35150	Probatorische Sitzung [7,6%]
22211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr [4,6%]

Zum Vergleich sind in den Quartalen I-IV.2007 die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen, die zusammen 82,5% der Gesamtleistung verursachen (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

35200	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung) [31,2%]
-------	---

35201	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung) [22,6%]
35210	Analytische Psychotherapie (Einzelbehandlung) [17,6%]
35150	Probatorische Sitzung [8,0%]
22220	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung) [3,2%]

Insbesondere in den Leistungsbedarfssteigerungen der fünf Top-Leistungen in 2008 (35200 +26,6%, 35201 +17,5%, 35210 +26,1%, 35150 +16,5%, 22211 +126,6%) begründet sich der Gesamt-Leistungsbedarfsanstieg bei psychosomatischen Arztpraxen. Neben teilweise höheren Leistungshäufigkeiten (35200 +7,9%, 35201 +0,2%, 35210 +7,6%, 35150 -0,7%, 22211 +5,5%), bei überwiegend gesunkenen Häufigkeiten je 100 Fälle (35200 +0,4%, 35201 -6,7%, 35210 +0,1%, 35150 -7,6%, 22211 -1,7%), zeichnen Höherbewertungen der fünf Leistungen in 2008 (22211 +114,9%, sonst +17,4%) für deren angestiegenen Leistungsbedarf.

### 3.3.3 Ärztliche Psychotherapeuten

#### 3.3.3.1 Eckwerte Gesamt-Zeitraum I-IV- Quartal

Bei den **246 psychotherapeutischen Arztpraxen** mit Leistungsdaten in beiden Vergleichszeiträumen ist der **Gesamt-Leistungsbedarf** von I-IV.2007 gegenüber I-IV.2008 um insgesamt 22,3% gestiegen. Diese Steigerung resultiert zum einen aus einer **Fallzahlsteigerung** von 8,2% und zum anderen aus einer Zunahme des durchschnittlichen **Leistungsbedarfs je Fall** von 13,0%.

#### 3.3.3.2 Eckwerte Einzelquartale I-IV- Quartal

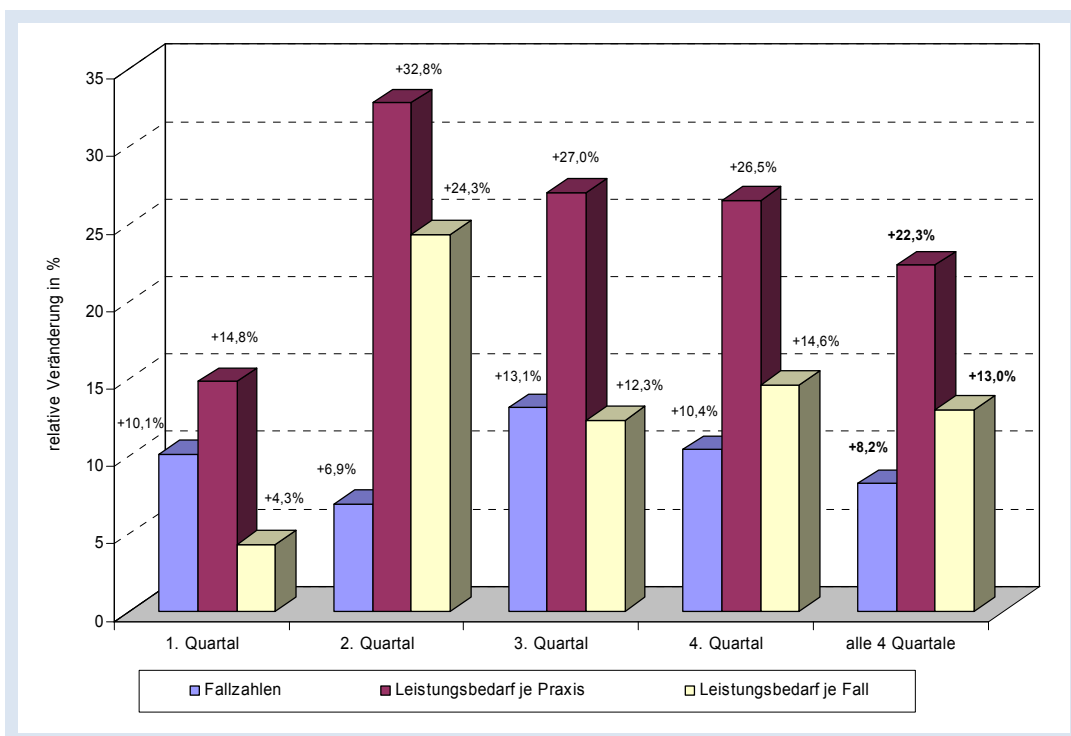


Abbildung 18: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei Ärztlichen Psychotherapeuten

Im Vergleich der EBM 2008-Quartale zeigen sich, hinsichtlich des Bewertungseffekts als Veränderung des Leistungsbedarfs je Fall, gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal bei den psychotherapeutischen Arztpraxen Zunahmen zwischen 4,3% und 24,3% (siehe Abbildung 18). Im zweiten Quartal 2008 fällt die Zunahme dabei am höchsten aus, im ersten Quartal 2008 am niedrigsten. Der Mengeneffekt als Veränderung der Fallzahl ist mit 6,9% beim Vergleich des Zeitraums

II.2007 zu II.2008 am geringsten und beim Vergleich III.2007 gegenüber III.2008 mit 13,1% am höchsten.

Die Veränderung der Gesamtleistung als Leistungsbedarf je Praxis variiert beim Vergleich der EBM 2008-Quartale gegenüber den Vorjahresquartalen in einer Größenordnung von 14,8% bis 32,8% und ist im ersten Quartal am niedrigsten und im zweiten Quartal am höchsten ausgeprägt (siehe Abbildung 18).

### 3.3.3.3 Leistungsbedarfsveränderung je Fall und Praxisgröße

In 82,5% der Praxen nimmt der Leistungsbedarf je Fall gegenüber dem Vorjahreszeitraum zu. Leistungsbedarfsveränderung je Fall und Praxisgröße sind bei den ärztlichen Psychotherapeuten positiv korreliert. Das heißt mit zunehmender Praxisgröße steigt in dieser Fachgruppe der Anteil von Praxen mit einer Leistungsbedarfszunahme je Fall: bei kleineren Praxen beträgt er 72,8% und bei größeren Praxen 89,2%.

### 3.3.3.4 Top-5 Gebührenordnungspositionen

Die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen in den Quartalen I-IV.2008 bei den psychotherapeutischen Arztpraxen sind mit einem Anteil an der Gesamtleistung von zusammen 79,0% (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

35200	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung) [34,8%]
35201	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung) [26,6%]
35150	Probatorische Sitzung [8,9%]
35220	Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung) [4,8%]
23220	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung) [4,0%]

Zum Vergleich sind in den Quartalen I-IV.2007 die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen, die zusammen 78,1% der Gesamtleistung verursachen (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

35200	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung) [34,1%]
-------	---

35201	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung) [27,0%]
35150	Probatorische Sitzung [9,3%]
35220	Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung) [4,4%]
23220	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung) [3,4%]

Insbesondere in den Leistungsbedarfssteigerungen der fünf Top-Leistungen in 2008 (35200 +24,7%, 35201 +20,3%, 35150 +17,5%, 35220 +34,5%, 23220 +43,4%) begründet sich der Gesamt-Leistungsbedarfsanstieg bei psychotherapeutischen Arztpraxen. Neben höheren Leistungshäufigkeiten (35200 +6,2%, 35201 +2,4%, 35150 +0,1%, 35220 +14,5%, 23220 +31,7%), bei teilweise gestiegenen Häufigkeiten je 100 Fälle (35200 -1,9%, 35201 -5,3%, 35150 -7,5%, 35220 +5,9%, 23220 +21,7%), zeichnen Höherbewertungen der fünf Leistungen in 2008 (23220 +8,9%, sonst +17,4%) für deren angestiegenen Leistungsbedarf.

### 3.3.4 Augenärzte

#### 3.3.4.1 Eckwerte Gesamt-Zeitraum I-IV- Quartal

Bei den **489 augenärztlichen Praxen** mit Leistungsdaten in beiden Vergleichszeiträumen ist der **Gesamt-Leistungsbedarf** von I-IV.2007 gegenüber I-IV.2008 um insgesamt 11,2% gestiegen. Diese Steigerung resultiert zum einen aus einer **Fallzahlsteigerung** von 0,7% und zum anderen aus einer Zunahme des durchschnittlichen **Leistungsbedarfs je Fall** von 10,4%.

#### 3.3.4.2 Eckwerte Einzelquartale I-IV- Quartal

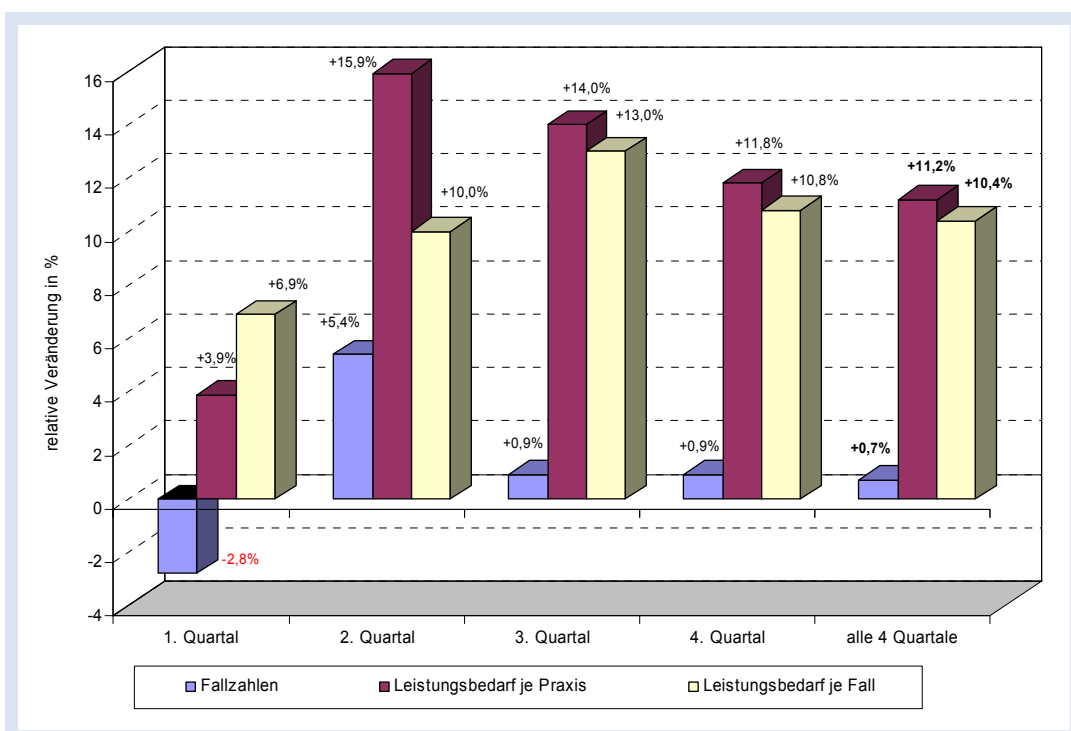


Abbildung 19: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei Augenärzten

Im Vergleich der EBM 2008-Quartale zeigen sich, hinsichtlich des Bewertungseffekts als Veränderung des Leistungsbedarfs je Fall, gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal bei Augenärzten Zunahmen zwischen 6,9% und 13,0% (siehe Abbildung 19). Im dritten Quartal 2008 fällt die Zunahme dabei am höchsten aus, im ersten Quartal 2008 am niedrigsten. Der Mengeneffekt als Veränderung der Fallzahl ist mit -2,8% beim Vergleich des Zeitraums I.2007 zu I.2008 am geringsten und beim Vergleich II.2007 gegenüber II.2008 mit 5,4% am höchsten.

Die Zunahme der Gesamtleistung bei Augenärzten als Leistungsbedarf je Praxis variiert beim Vergleich der EBM 2008-Quartale gegenüber den Vorjahresquartalen in einer Größenordnung von 3,9% bis 15,9% und ist im ersten Quartal am niedrigsten und im zweiten Quartal am höchsten ausgeprägt (siehe Abbildung 19).

### 3.3.4.3 Leistungsbedarfsveränderung je Fall und Praxisgröße

In 91,6% der Praxen nimmt der Leistungsbedarf je Fall gegenüber dem Vorjahreszeitraum zu. Der Anteil von augenärztlichen Praxen mit einer Leistungsbedarfszunahme je Fall differiert nach Praxisgröße und ist in mittleren Praxen mit 94,5% am stärksten und in kleinen Praxen mit 89,0% am geringsten ausgeprägt.

### 3.3.4.4 Analyse nach Leistungssegmenten

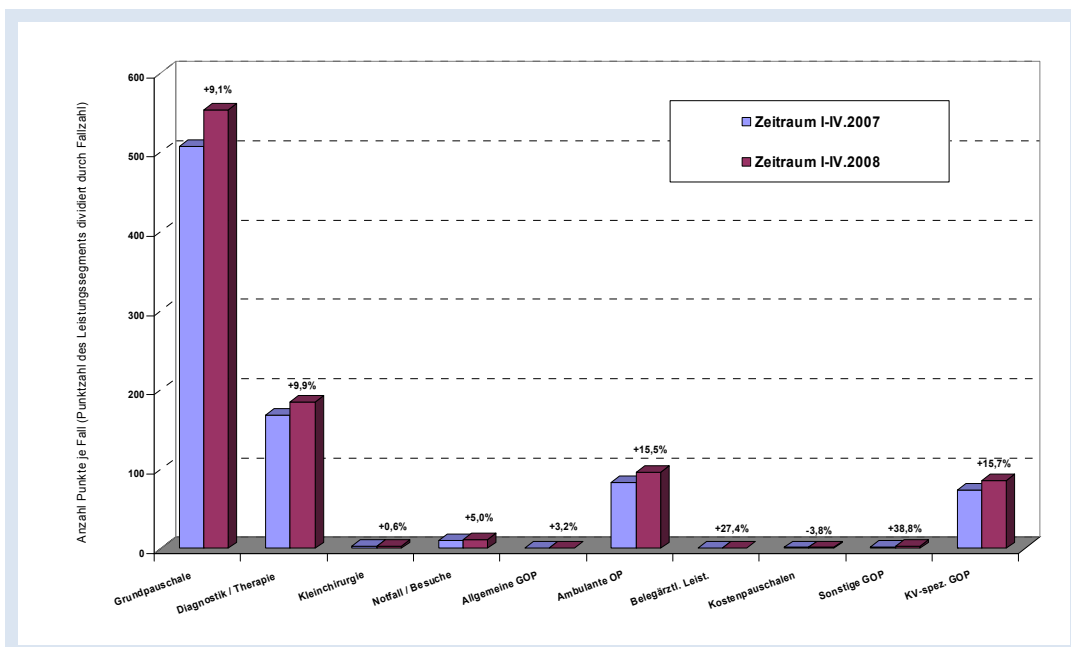


Abbildung 20: Anzahl EBM-Punkte je Fall differenziert nach Leistungssegmenten und deren relative Veränderungen im Vergleich 2007 zu 2008 bei Augenärzten

Die Analyse nach Leistungssegmenten zeigt, dass der Leistungsbedarf bei den Augenärzten hauptsächlich aus den vier Segmenten „Grundpauschale und ihren Teilleistungen“, „Diagnostik / Therapie“, „Ambulante OP“ und „KV-spezifische GOP“ besteht (siehe Abbildung 20). Auf diese vier Segmente entfallen im Zeitraum I-IV.2008 97,9% (I-IV.2007 90,1%) des Gesamt-Leistungsbedarfs von Augenärzten.

Die **Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs von 2007 zu 2008** bei den 489 augenärztlichen Praxen um insgesamt **+314,37 Mio. Punkte** ergibt sich aus der **Zunahme von 314,5 Mio. Punkten**, hauptsächlich durch Leistungsbedarfszunahmen der Leistungssegmente „Grundpauschale“, „Diagnostik / Therapie“, „Ambulante OP“ sowie „KV-spezifische GOP“ und der **Abnahme von 0,13 Mio. Punkten**, ausschließlich durch Leistungsbedarfsabnahmen im Leistungssegment „Kostenauspauschalen“ (siehe Abbildung 21).

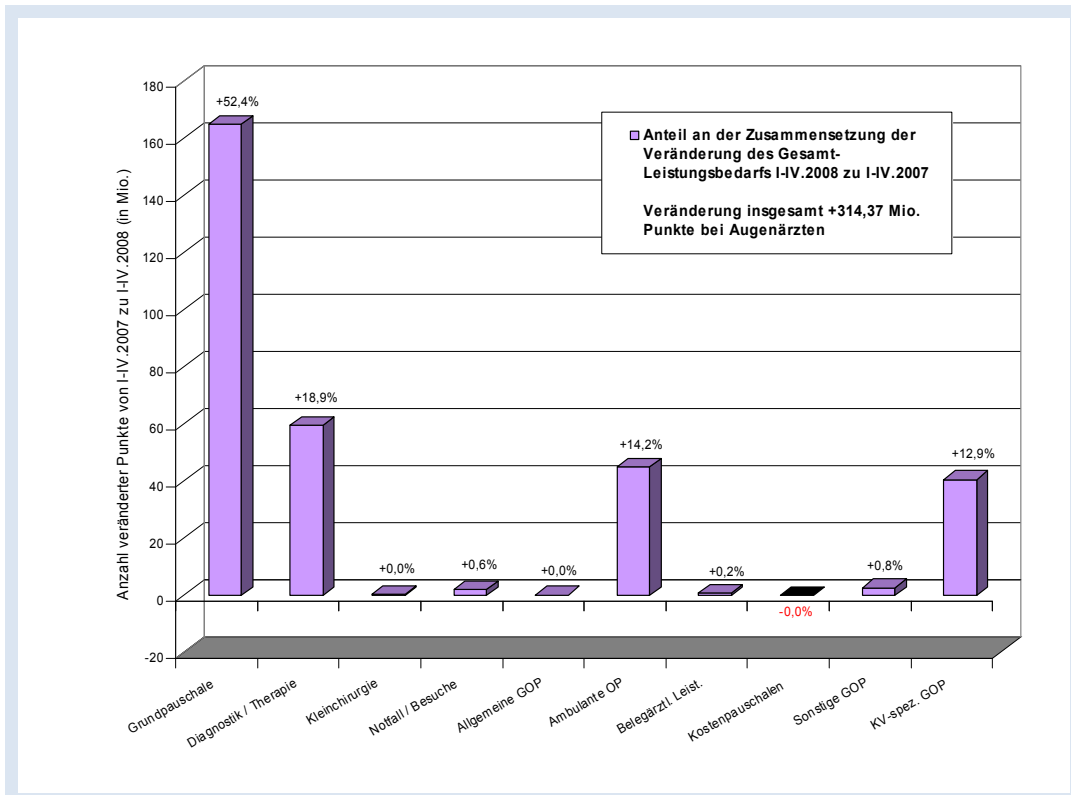


Abbildung 21: Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs in Punkten von 2007 zu 2008 differenziert nach Leistungssegmenten, mit zusätzlichem Ausweis des Anteils an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Augenärzten

Das **Leistungssegment „Grundpauschale“** zeichnet mit einem Anteil an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs von +52,4%. In die GOP für die Grundpauschalen 06210-06212 sind mehrere in 2007 einzeln neben den damaligen Ordinationskomplexen berechenbare GOP eingegangen.

Das **Leistungssegment „Diagnostik / Therapie“** zeichnet mit einem Anteil von +18,9% an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs. Im Anstieg der Leistungshäufigkeit zwischen 5% bis 8% (bei annähernd gleichbleibender Häufigkeit je 100 Fälle) der GOP 06320 *Zusatzpauschale*



*schale Schielbehandlung bis 5. Lebensjahr, 06321 Zusatzpauschale Schielbehandlung ab 6. Lebensjahr, 06330 Perimetrie sowie 06333 Binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes* und der Höherbewertung der einzelnen GOP ist u.a. der Leistungsbedarfsanstieg des Segments begründet.

Das **Leistungssegment „Ambulante OP“** zeichnet mit einem Anteil von +14,2% an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs, wobei die laserchirurgischen Behandlungen 31341 und 31342 sowie die GOP 31351 *Intraocularer Eingriff der Kategorie X2* und 31718 *Postoperative Behandlung Augeneheilkunde XI/2a* als die vier Top-GOP des Segments zusammen 82,0% (2007 82,5%) des segmentalen Leistungsbedarfs abbilden. Höherbewertung in 2008 und gestiegene Leistungshäufigkeiten absolut (bei annähernd gleichbleibender Häufigkeit je 100 Fälle) der Leistungen zeichnen für den segmentalen Leistungsbedarfsanstieg.

Das **Leistungssegment „KV-spezifische GOP“** mit einem Anteil von +12,9% an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs enthält Gebührenordnungspositionen zu KV- und Kassen-spezifischen Vereinbarungen. Im Besonderen kam es in diesem Segment zu starken Fluktuationen einzelner GOP.

#### 3.3.4.5 Top-5 Gebührenordnungspositionen

Die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen in den Quartalen I-IV.2008 bei Augenärzten sind mit einem Anteil an der Gesamtleistung von zusammen 75,7% (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

06212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr [35,4%]
06211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr [21,5%]
06333	Binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes [8,9%]
06330	Perimetrie [5,9%]
31351	Intraocularer Eingriff der Kategorie X2 [4,1%]

Zum Vergleich sind in den Quartalen I-IV.2007 die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen, die zusammen 60,0% der Gesamtleistung verursachen (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

---

06212	Ordinationskomplex ab 60. Lebensjahr [23,6%]
06211	Ordinationskomplex 6.- 59. Lebensjahr [14,8%]
06333	Binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes [9,0%]
80112	Ordinationskomplex ab 60. Lebensjahr (Gemeinschaftspraxen) [6,8%]
06330	Perimetrie [5,9%]

#### *3.3.4.6 Analyse nach Gebührenordnungspositionen*

Neben den in der Analyse nach Leistungssegmenten (s.o.) beschriebenen relevanten Veränderungen sind bei den Augenärzten keine Auffälligkeiten bezogen auf weitere GOP festzustellen.

### 3.3.5 Chirurgen

#### 3.3.5.1 Eckwerte Gesamt-Zeitraum I-IV- Quartal

Bei den **312 chirurgischen Praxen** mit Leistungsdaten in beiden Vergleichszeiträumen ist der **Gesamt-Leistungsbedarf** von I-IV.2007 gegenüber I-IV.2008 um insgesamt 13,5% gestiegen. Diese Steigerung resultiert zum einen aus einer **Fallzahlsteigerung** von 3,1% und zum anderen aus einer Zunahme des durchschnittlichen **Leistungsbedarfs je Fall** von 10,1%.

#### 3.3.5.2 Eckwerte Einzelquartale I-IV- Quartal

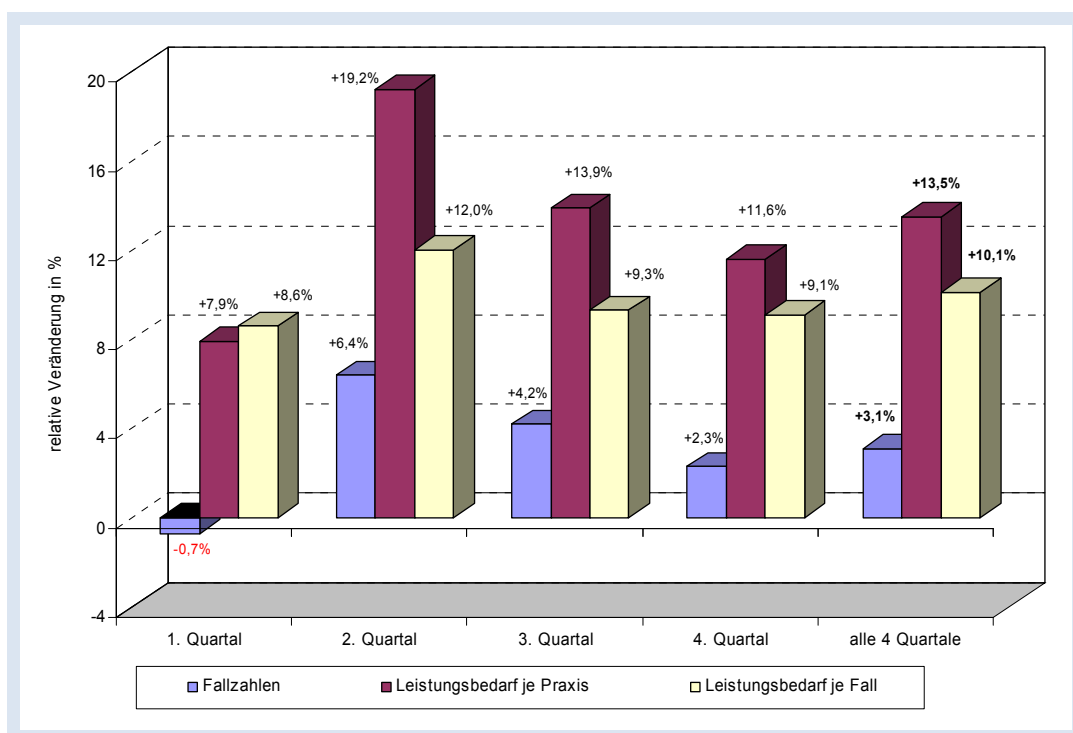


Abbildung 22: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei Chirurgen

Im Vergleich der EBM 2008-Quartale zeigen sich, hinsichtlich des Bewertungseffekts als Veränderung des Leistungsbedarfs je Fall, gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal bei Chirurgen Zunahmen zwischen 8,6% und 12,0% (siehe Abbildung 22). Im zweiten Quartal 2008 fällt die Zunahme dabei am höchsten aus, im ersten Quartal 2008 am niedrigsten. Der Mengeneffekt als Veränderung der Fallzahl ist mit -0,7% beim Vergleich des Zeitraums I.2007 zu I.2008 am geringsten und beim Vergleich II.2007 gegenüber II.2008 mit 6,4% am höchsten.

Die Zunahme der Gesamtleistung bei Chirurgen als Leistungsbedarf je Praxis variiert beim Vergleich der EBM 2008-Quartale gegenüber den Vorjahresquartalen in einer Größenordnung von 7,9% bis 19,2% und ist im ersten Quartal am niedrigsten und im zweiten Quartal am höchsten ausgeprägt (siehe Abbildung 22).

### 3.3.5.3 Leistungsbedarfsveränderung je Fall und Praxisgröße

In 86,9% der Praxen nimmt der Leistungsbedarf je Fall gegenüber dem Vorjahreszeitraum zu. Der Anteil von Praxen mit einer Leistungsbedarfszunahme je Fall ist bei Chirurgen positiv korreliert. Das heißt mit zunehmender Praxisgröße steigt in dieser Fachgruppe der Anteil von Praxen mit einer Leistungsbedarfszunahme je Fall: bei kleineren Praxen beträgt er 80,8% und bei großen Praxen 95,2%.

### 3.3.5.4 Analyse nach Leistungssegmenten

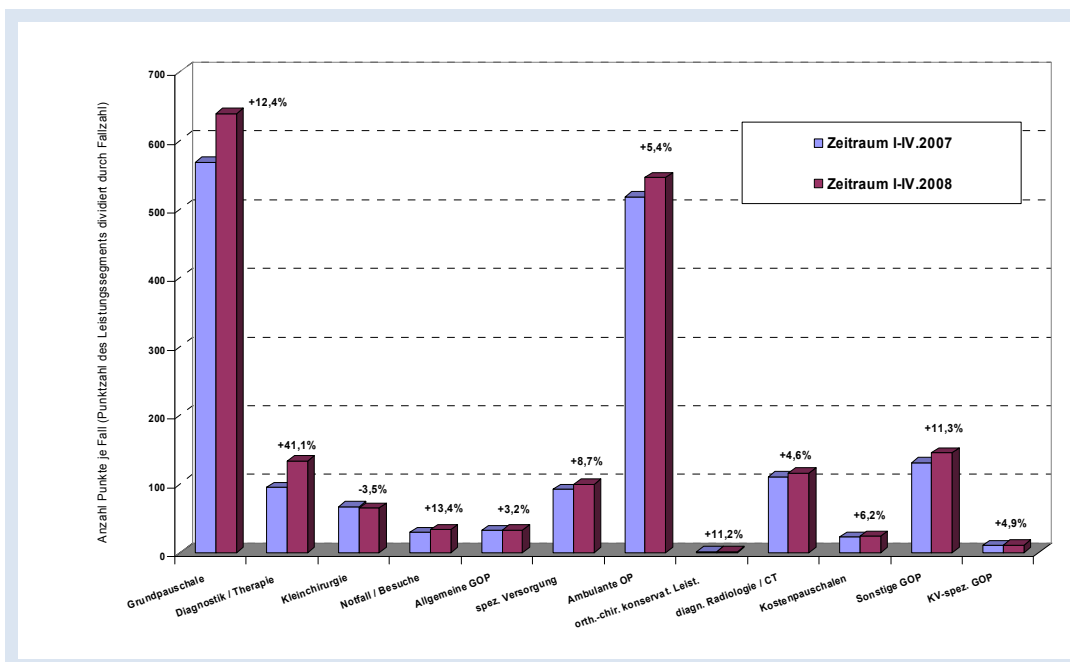


Abbildung 23: Anzahl EBM-Punkte je Fall differenziert nach Leistungssegmenten und deren relative Veränderungen im Vergleich 2007 zu 2008 bei Chirurgen

Die Analyse nach Leistungssegmenten zeigt, dass der Leistungsbedarf bei den Chirurgen hauptsächlich aus den vier Segmenten „Grundpauschale und ihren Teilleistungen“, „Ambulante OP“, „Diagnostik / Therapie“ und „Sonstige GOP“ besteht (siehe Abbildung 23). Auf diese vier Segmente entfallen im Zeitraum I-IV.2008 79,3% (I-IV.2007 78,2%) des Gesamt-Leistungsbedarfs von Chirurgen.

Die **Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs von 2007 zu 2008** bei den 312 chirurgischen Praxen um insgesamt **+287,39 Mio. Punkte** ergibt sich aus der **Zunahme von 287,78 Mio. Punkten**, hauptsächlich durch Leistungsbedarfszunahmen der Leistungssegmente „Grundpauschale“, „Ambulante OP“, „Diagnostik / Therapie“ sowie „Sonstige GOP“, und der **Abnahme von 0,39 Mio. Punkten**, gänzlich durch Leistungsbedarfsabnahmen im Leistungssegment „Kleinchirurgie“ (siehe Abbildung 24).

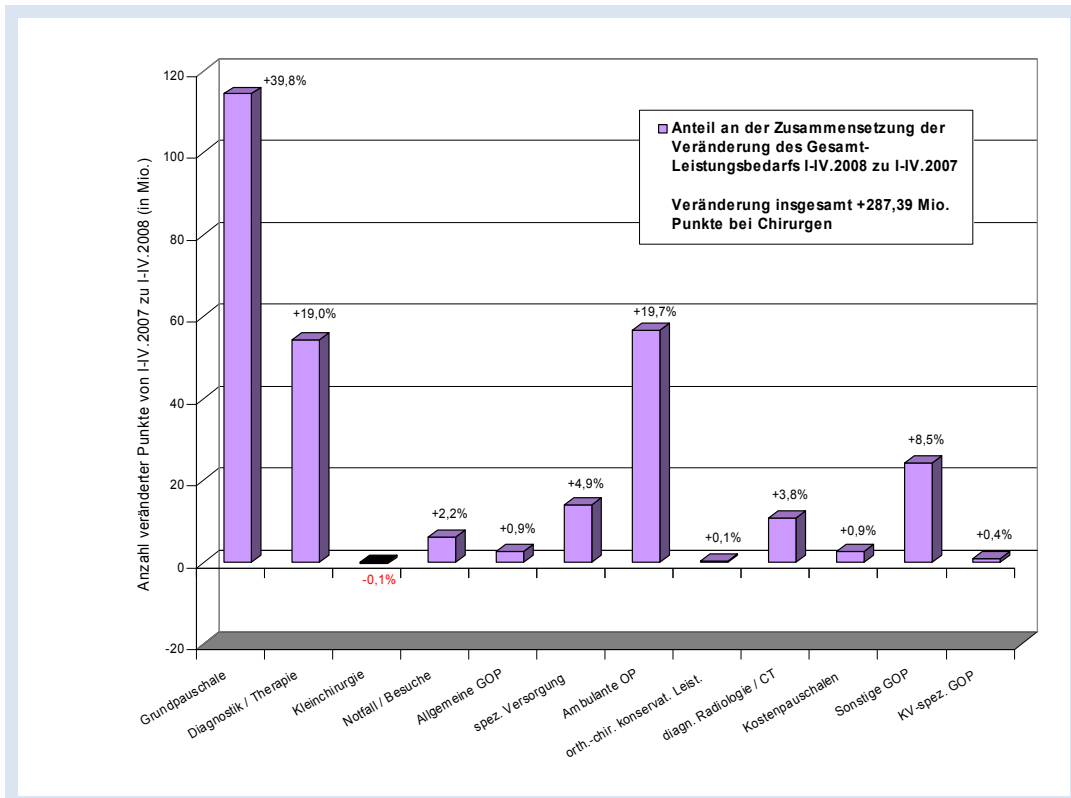


Abbildung 24: Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs in Punkten von 2007 zu 2008 differenziert nach Leistungssegmenten, mit zusätzlichem Ausweis des Anteils an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Chirurgen

Der für die Chirurgen größte Anteil an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs entfällt mit **+39,8%** auf das **Leistungssegment „Grundpauschale“**. In die GOP für die Grundpauschalen 07210-07212 sind mehrere in 2007 einzeln neben den damaligen Ordinationskomplexen berechenbare GOP eingegangen. Zusätzlich verzeichnen diese einen Anstieg der Leistungshäufigkeit um bis zu **71,7%** (07210) gegenüber 2007.

Das **Leistungssegment „Ambulante OP“** zeichnet mit einem Anteil an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs von **+19,7%**.

Dieser Anstieg ist auf Höherbewertungen in 2008 und eine Steigerung der Leistungshäufigkeit (bei annähernd gleichbleibender Leistungshäufigkeit je 100 Fälle) der meisten GOP dieses Segments zurückzuführen.

Das **Leistungssegment „Diagnostik / Therapie“** zeichnet mit einem Anteil an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs von +19,0%. Die GOP dieses Segments erfuhren in 2008 eine leichte Höherbewertung, die zusammen mit einer gestiegenen Leistungshäufigkeit von bis zu 50% den Anstieg des Leistungsbedarfs des Segments begründet. Allein die GOP 07311 *Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankung(en) des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und Erwachsenen* verzeichnet einen Anstieg der Leistungshäufigkeit absolut (von 150.934 in 2007 auf 205.543 in 2008) sowie relativ je 100 Fälle (von 11,9 in 2007 auf 15,7 in 2008).

Das Leistungssegment **„Sonstige GOP“** zeichnet mit einem Anteil an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs von +8,5%. Die GOP 13421 *Zusatzpauschale Koloskopie*, 33061 *CW-Doppler-Sonographie extremitätenversorgender Gefäße*, 33070 *Duplex-Sonographie der extrakraniellen Gefäße*, 33072 *Duplex-Sonographie der extremitätenver- und/oder entsorgender Gefäße* sowie 33073 *Duplex-Sonographie abdomineller, retroperitonealer, mediastinaler Gefäße* erfuhren in 2008 eine Höherbewertung. Daneben verzeichnen diese Leistungen zusammen mit den GOP 32001 *Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen* und 33075 *Zuschlag Farbduplex* einen Anstieg der Leistungshäufigkeit, bei annähernd gleichbleibender Häufigkeit je 100 Fälle. Diese sieben GOP bilden einen Anteil am Leistungsbedarf des Segments von 75,5%.

Der Anteil von -0,1% an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarf des **Leistungssegments „Kleinchirurgie“** begründet sich in der für dieses Segment bedeutendsten GOP 02350 *Fixierender Verband*. Durch eine verminderte Leistungshäufigkeit in 2008 (-18,6%) fällt deren Leistungsbedarf bei den Chirurgen um -15,8% ab.

#### 3.3.5.5 Top-5 Gebührenordnungspositionen

Die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen in den Quartalen I-IV.2008 bei Chirurgen sind mit einem Anteil an der Gesamtleistung von zusammen 44,9% (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

07211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr [21,2%]
07212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr [12,9%]
07311	Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankung(en) des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendl. und Erwachsenen [5,2%]
31503	Postoperative Überwachung 3 [2,9%]
31122	Eingriff der Kategorie C2 [2,7%]

Zum Vergleich sind in den Quartalen I-IV.2007 die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen, die zusammen 27,0% der Gesamtleistung verursachen (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

07211	Ordinationskomplex 6.- 59. Lebensjahr [8,2%]
07220	Beratung, Erörterung, Abklärung [5,3%]
07212	Ordinationskomplex ab 60. Lebensjahr [4,8%]
07215	Konsultationskomplex [4,6%]
07311	Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und Erwachsenen [4,2%]

### *3.3.5.6 Analyse nach Gebührenordnungspositionen*

Neben den in der Analyse nach Leistungssegmenten (s.o.) beschriebenen relevanten Veränderungen sind bei den Chirurgen keine Auffälligkeiten bezogen auf weitere GOP festzustellen.

### 3.3.6 Fachärztlich fachübergreifende Praxen

Bei der Abrechnungsgruppe „Fachärztlich fachübergreifende Praxen“ handelt es sich aufgrund verschiedenster fachärztlicher Fachgruppenszusammensetzungen innerhalb der einzelnen Praxen um eine sehr heterogene Gesamtgruppe. So können in solchen Praxen beispielsweise ein Kardiologe und ein Gastroenterologe oder aber auch ein Anästhesist, ein Orthopäde und ein Radiologe gemeinsam tätig sein.

Vor diesem Hintergrund erfolgt für die 168 Praxen an dieser Stelle keine inhaltliche Vertiefung, da unter methodischen Aspekten einheitliche validen Aussagen zu dieser heterogenen fachärztlichen Fachgruppenkonstellation innerhalb der einzelnen Praxen nicht möglich sind.

### 3.3.7 Fach-Internisten (Gesamt)

Von einer Gesamt-Ursachenanalyse über alle fachärztlich tätigen Internisten hinweg wurde aus In-Homogenitäten zwischen den einzelnen ausgeübten Schwerpunkten; bezüglich Anzahl der Praxen und stark differierender Leistungsbedarfsveränderung je Fall, abgesehen. Die definierte Leistungssegmentierung des EBM für die Facharzt-Internisten fand im Rahmen der Begleitstudie auf deren einzelnen Schwerpunkte Anwendung.



### 3.3.8 a) Gastroenterologen

#### 3.3.8.1 Eckwerte Gesamt-Zeitraum I-IV- Quartal

Bei den **85 gastroenterologischen Praxen** mit Leistungsdaten in beiden Vergleichszeiträumen ist der **Gesamt-Leistungsbedarf** von I-IV.2007 gegenüber I-IV.2008 um insgesamt 10,9% gestiegen. Diese Steigerung resultiert zum einen aus einer **Fallzahlsteigerung** von 1,3% und zum anderen aus einer Zunahme des durchschnittlichen **Leistungsbedarfs je Fall** von 9,5%.

#### 3.3.8.2 Eckwerte Einzelquartale I-IV- Quartal

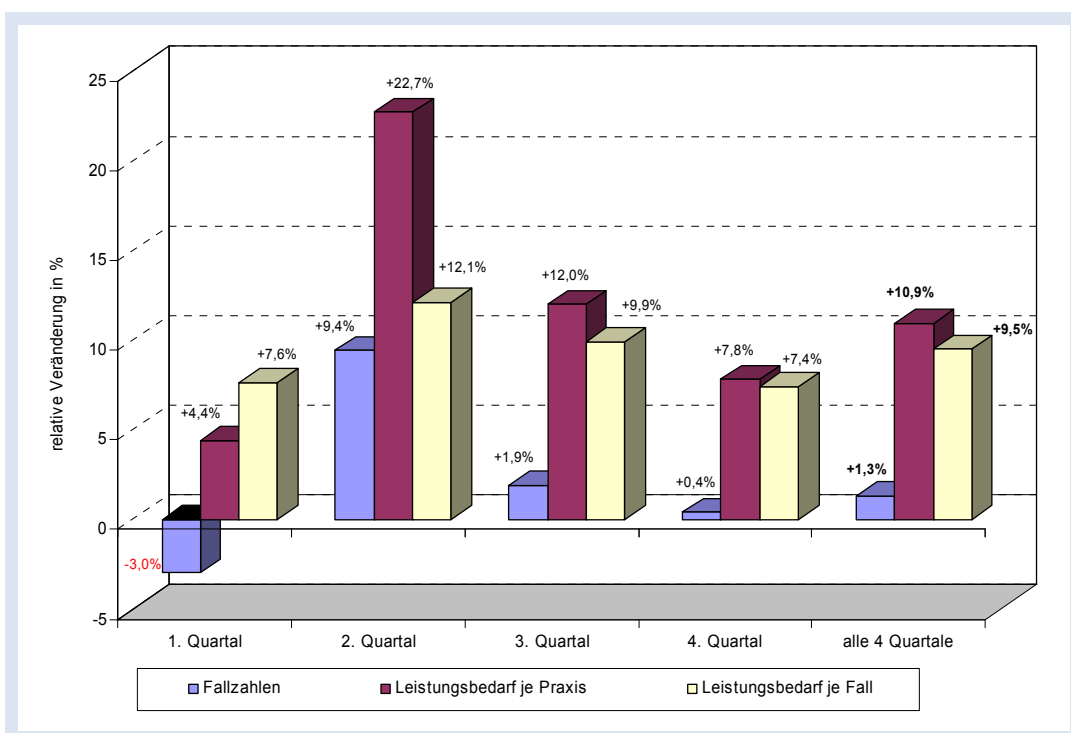


Abbildung 25: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei Gastroenterologen

Im Vergleich der EBM 2008-Quartale zeigen sich, hinsichtlich des Bewertungseffekts als Veränderung des Leistungsbedarfs je Fall, gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal bei Gastroenterologen Zunahmen zwischen 7,4% und 12,1% (siehe Abbildung 25). Im zweiten Quartal 2008 fällt die Zunahme dabei am höchsten aus, im vierten Quartal 2008 am niedrigsten. Der Mengeneffekt als Veränderung der Fallzahl ist mit -3,0% beim Vergleich des Zeitraums I.2007 zu

I.2008 am geringsten und beim Vergleich II.2007 gegenüber II.2008 mit 9,4% am höchsten.

Die Veränderung der Gesamtleistung bei Gastroenterologen als Leistungsbedarf je Praxis variiert beim Vergleich der EBM 2008-Quartale gegenüber den Vorjahresquartalen in einer Größenordnung von 4,4% bis 22,7% und ist im ersten Quartal am niedrigsten und im zweiten Quartal am höchsten ausgeprägt (siehe Abbildung 25)

### 3.3.8.3 Leistungsbedarfsveränderung je Fall und Praxisgröße

In 85,9% der Praxen nimmt der Leistungsbedarf je Fall gegenüber dem Vorjahreszeitraum zu. Leistungsbedarfsveränderung je Fall und Praxisgröße sind bei Gastroenterologen positiv korreliert. Das heißt mit zunehmender Praxisgröße steigt in dieser Fachgruppe der Anteil von Praxen mit einer Leistungsbedarfszunahme je Fall: bei kleineren Praxen beträgt er 75,0%, bei großen Praxen 96,4%.

### 3.3.8.4 Analyse nach Leistungssegmenten

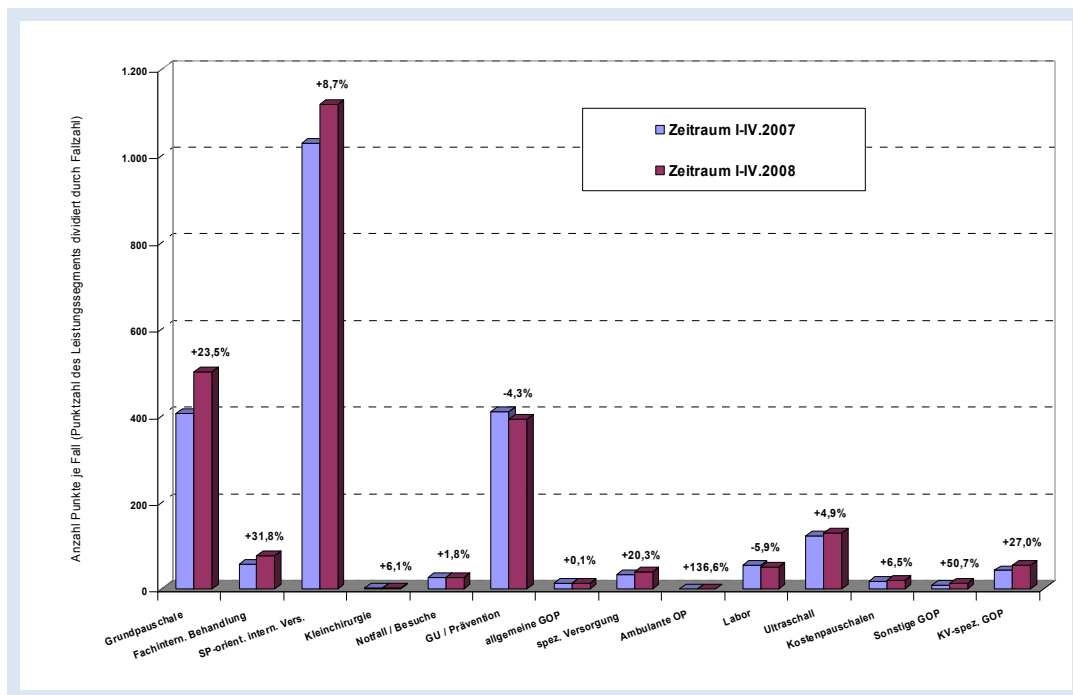


Abbildung 26: Anzahl EBM-Punkte je Fall differenziert nach Leistungssegmenten und deren relative Veränderungen im Vergleich 2007 zu 2008 bei Gastroenterologen

Als Leistungssegmentierung wurden den Gastroenterologen die definierten Segmente des EBM für Facharzt-Internisten zu Grunde gelegt. Die Analyse zeigt, dass der Leistungsbedarf bei den gastroenterologischen Praxen im Wesentlichen aus den drei Segmenten „Grundpauschale und ihren Teilleistungen“, „Schwerpunkt-orientierte internistische Versorgung“ sowie „GU / Prävention“ besteht (siehe Abbildung 26). Auf diese drei Segmente entfallen im Zeitraum I-IV.2008 82,7% (I-IV.2007 83,2%) des Gesamt-Leistungsbedarfs.

Die **Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs von 2007 zu 2008** bei den 85 gastroenterologischen Praxen um insgesamt **+80,44 Mio. Punkte** ergibt sich aus der **Zunahme von 85,49 Mio. Punkten**, hauptsächlich durch Leistungsbedarfszunahmen der Leistungssegmente „Grundpauschale“ und „Schwerpunktorientierte internistische Versorgung“, sowie der **Abnahme von 5,05 Mio. Punkten**, hauptsächlich im Leistungssegment „GU / Prävention“ begründet (siehe Abbildung 27).

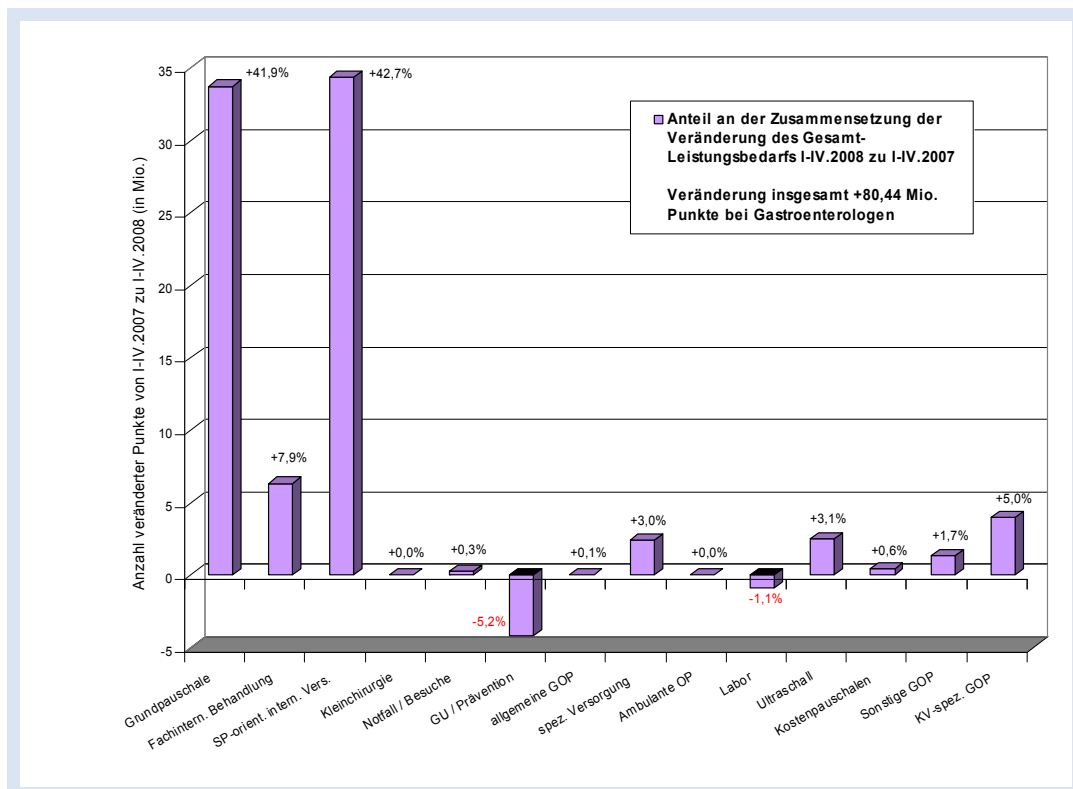


Abbildung 27: Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs in Punkten von 2007 zu 2008 differenziert nach Leistungssegmenten, mit zusätzlichem Ausweis des Anteils an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Gastroenterologen

Das Leistungssegment „Grundpauschale“ zeichnet mit einem Anteil von +41,9% an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs. Der

Leistungsbedarf dieses Segments ergibt sich zu 61,6% aus den 2008 neu eingeführten gastroenterologischen Grundpauschalen 13391 *Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr* und 13392 *Grundpauschale ab 60. Lebensjahr*. In diese fachspezifisch-internistischen Grundpauschalen sind mehrere in 2007 einzeln neben den damaligen Ordinationskomplexen berechenbare GOP eingegangen. Die daneben in allgemein-internistische Grundpauschalen umgewandelten 2007 gültigen Ordinationskomplexe erfuhren durch Pauschalierung und Höherbewertung einen Anstieg ihres Leistungsbedarfs (13211 +2,8%, 13212 +27,5%), verzeichnen aber gleichzeitig einen Abfall der Leistungshäufigkeit (13211 -58,5%, 13212 -51,9%).

Den größten Anteil an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Gastroenterologen trägt mit +42,7% das **Leistungssegment „Schwerpunktorientierte internistische Versorgung“**. Der Leistungsbedarfsanstieg innerhalb des Segments von 34,32 Mio. Punkten begründet sich hauptsächlich (zu 79,0%) in der GOP 13421 *Zusatzpauschale Koloskopie*. Diese erfuhr in 2008 eine Höherbewertung (+5,5%), was neben dem Anstieg der Leistungshäufigkeit (+12,2%) für den Leistungsbedarfszuwachs der GOP um 17,3% verantwortlich zeichnet. Mit ihrem 19,0%igen Anteil begründet die GOP 13400 *Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie* neben der vorher genannten GOP 13421 fast gänzlich den Leistungsbedarfszuwachs des Segments. Durch eine Höherbewertung (+1,9%) in 2008 und einen Anstieg der Leistungshäufigkeit (+2,0%) wächst der Leistungsbedarf dieser um 4,0%. Beide GOP bilden zusammen in 2008 einen 43,6%igen Anteil (2007 43,7%) am Gesamt-Leistungsbedarf.

Der Anteil von -5,2% an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs im **Leistungssegment „GU / Prävention“** begründet sich in der GOP 01741 *Koloskopischer Komplex gemäß den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien*, deren Leistungshäufigkeit 2008 eine Minderung um -8,5% verzeichnet. Dies führt zu einem Absinken des Leistungsbedarfs (-3,5%), trotz Höherbewertung (+5,5%), dieser GOP.

### 3.3.8.5 Top-5 Gebührenordnungspositionen

Die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen in den Quartalen I-IV.2008 bei Gastroenterologen sind mit einem Anteil an der Gesamtleistung von zusammen 71,4% (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

13421            Zusatzpauschale Koloskopie [22,6%]

13400	Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie [21,0%]
01741	Totale Koloskopie gem. Krebsfrüherkennungsrichtlinien [15,1%]
13391	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr [6,5%]
13392	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr [6,2%]

Zum Vergleich sind in den Quartalen I-IV.2007 die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen, die zusammen 68,0% der Gesamtleistung verursachen (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

13400	Ösophago-Gastroduodenaler Komplex [22,4%]
13421	Koloskopischer Komplex [21,4%]
01741	Totale Koloskopie gem. Krebsfrüherkennungsrichtlinien [17,4%]
13212	Ordinationskomplex ab 60. Lebensjahr [3,6%]
13211	Ordinationskomplex 6.- 59. Lebensjahr [3,3%]

### 3.3.8.6 Analyse nach Gebührenordnungspositionen

Betrachtet man einzelne GOP, die im Rahmen der Analyse nach Leistungssegmenten (s.o.) noch nicht beschrieben worden sind, hinsichtlich relevanter Veränderungen, so fällt auf, dass die GOP 13250 *Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung* und 30600 *Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie* durch Steigerung der Leistungshäufigkeit (13250 +27,5%, 30600 +25,8%), bei gleichzeitiger Steigerung der Leistungshäufigkeit je 100 Fälle (13250 +25,8%, 30600 +24,2%), einen Leistungsbedarfsanstieg von +33,5% (13250) bzw. +31,2% (30600) aufweisen. Neben der an diesem Effekt hauptursächlichen Leistungshäufigkeit erfuhren beide GOP in 2008 eine Höherbewertung (13250 +4,7%, 30600 +4,4%).

Bei den GOP 35100 *Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände* und 35110 *Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen* kommt es zu einem Anstieg der Leistungshäufigkeit (35100 +90,6%, von 2.177 auf 4.149 / 35110 +82,1%, von 1.053 auf 1.917). Dies und die Höherbewertung (35100 und 35110 +6,2%) in 2008 begründen deren Leistungsbedarfsanstieg (35100 +102,4%, 35110 +93,3%) bei den Gastroenterologen.

### 3.3.9 b) Hämatologen/Onkologen

#### 3.3.9.1 Eckwerte Gesamt-Zeitraum I-IV- Quartal

Bei den **25 hämatologisch/onkologischen Praxen** mit Leistungsdaten in beiden Vergleichszeiträumen ist der **Gesamt-Leistungsbedarf** von I-IV.2007 gegenüber I-IV.2008 um insgesamt 8,9% gestiegen. Diese Steigerung resultiert zum einen aus einer **Fallzahlsteigerung** von 4,6% und zum anderen aus einer Zunahme des durchschnittlichen **Leistungsbedarfs je Fall** von 4,1%.

#### 3.3.9.2 Eckwerte Einzelquartale I-IV- Quartal

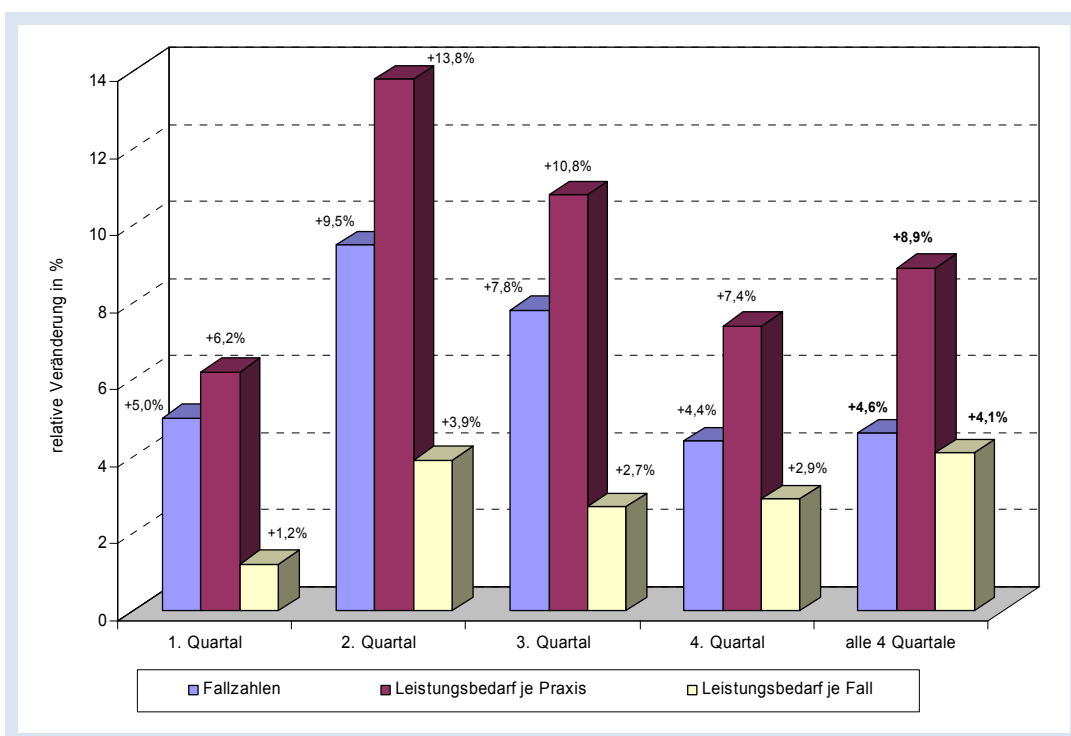


Abbildung 28: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei Hämatologen/Onkologen

Im Vergleich der EBM 2008-Quartale zeigen sich, hinsichtlich des Bewertungseffekts als Veränderung des Leistungsbedarfs je Fall, gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal bei Hämatologen/Onkologen Zunahmen zwischen 1,2% und 3,9% (siehe Abbildung 28). Im zweiten Quartal 2008 fällt die Zunahme dabei am höchsten aus, im ersten Quartal 2008 am niedrigsten. Der Mengeneffekt als Veränderung der Fallzahl ist mit 4,4% beim Vergleich des Zeitraums I.2007 zu I.2008

am geringsten und beim Vergleich II.2007 gegenüber II.2008 mit 9,5% am höchsten.

Die Veränderung der Gesamtleistung bei Hämatologen/Onkologen als Leistungsbedarf je Praxis variiert beim Vergleich der EBM 2008-Quartale gegenüber den Vorjahresquartalen in einer Größenordnung von 6,2% bis 13,8% und ist im ersten Quartal am niedrigsten und im zweiten Quartal am höchsten ausgeprägt (siehe Abbildung 28).

### 3.3.9.3 Leistungsbedarfsveränderung je Fall und Praxisgröße

In 52,0% der Praxen nimmt der Leistungsbedarf je Fall gegenüber dem Vorjahreszeitraum zu. Der Anteil von hämatologisch/onkologischen Praxen mit einer Leistungsbedarfszunahme je Fall differiert nach Praxisgröße und ist in großen Praxen mit 62,5% am stärksten und in mittleren Praxen mit 44,4% am schwächsten ausgeprägt.

### 3.3.9.4 Analyse nach Leistungssegmenten

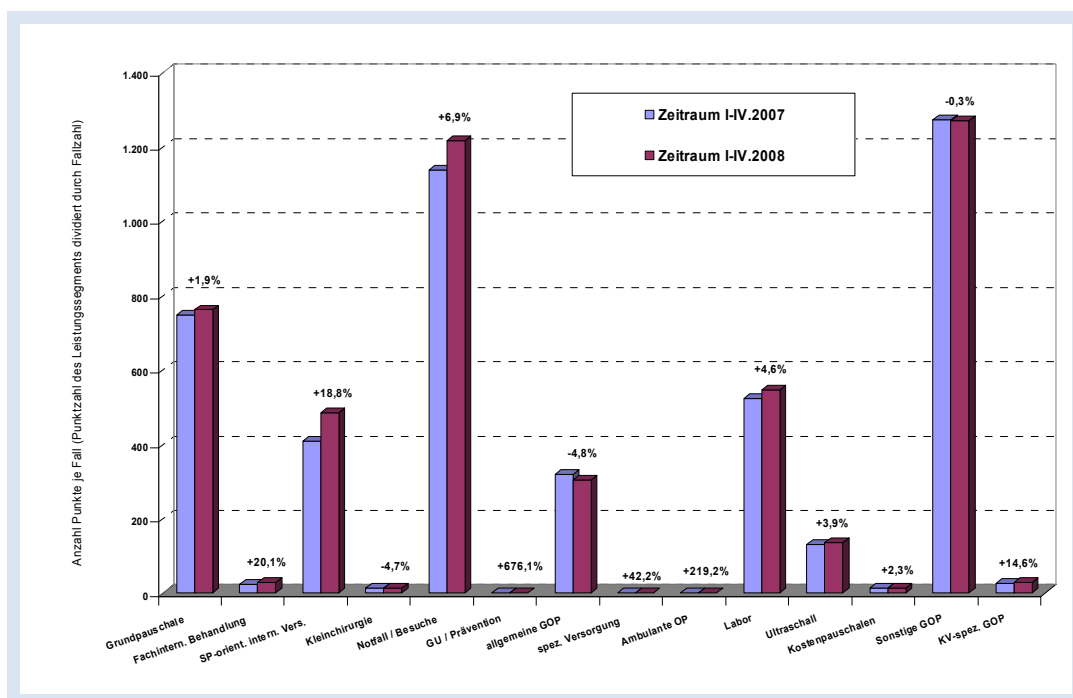


Abbildung 29: Anzahl EBM-Punkte je Fall differenziert nach Leistungssegmenten und deren relative Veränderungen im Vergleich 2007 zu 2008 bei Hämatologen/Onkologen

Als Leistungssegmentierung wurden den Hämatologen/Onkologen die definierten Segmente des EBM für Facharzt-Internisten zu Grunde gelegt. Die Analyse zeigt, dass der Leistungsbedarf bei den hämatologisch/onkologischen Praxen im Wesentlichen aus den fünf Segmenten „Grundpauschale und ihren Teilleistungen“, „Schwerpunktorientierte internistische Versorgung“, „Notfall / Besuche“, „Laborleistungen“ und „Sonstige GOP des EBM“ besteht (siehe Abbildung 29). Auf diese fünf Segmente entfallen im Zeitraum I-IV.2008 89,2% (I-IV.2007 88,6%) des Gesamt-Leistungsbedarfs.

Die **Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs von 2007 zu 2008** bei den 25 hämato-/ onkologischen Praxen um insgesamt **+31,57 Mio. Punkte** ergibt sich aus der **Zunahme von 31,68 Mio. Punkten**, hauptsächlich durch Leistungsbedarfszunahmen der Segmente „Notfall / Besuche“ und „Schwerpunktorientierte internistische Versorgung“, sowie der **Abnahme von 0,11 Mio. Punkten**, gänzlich im Leistungssegment „Allgemeine GOP“ begründet (siehe Abbildung 30).

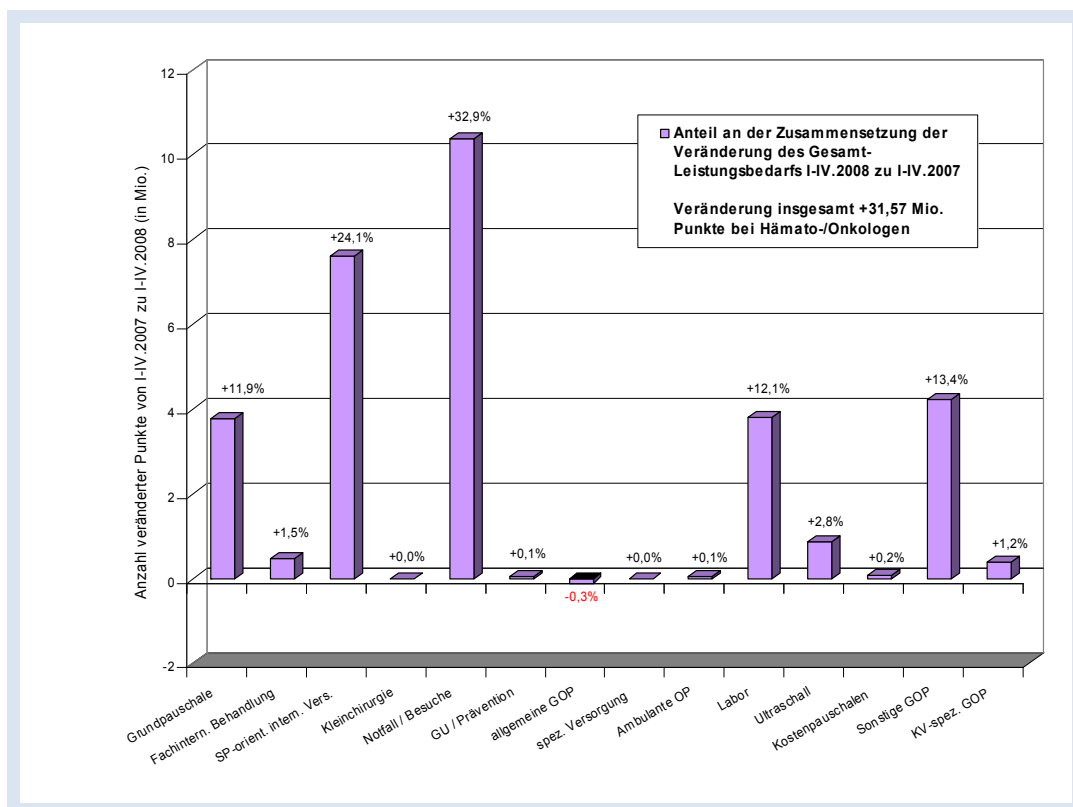


Abbildung 30: Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs in Punkten von 2007 zu 2008 differenziert nach Leistungssegmenten, mit zusätzlichem Ausweis des Anteils an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Hämatologen/Onkologen



Das **Leistungssegment „Schwerpunktorientierte internistische Versorgung“** zeichnet mit einem Anteil von +24,1% an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs. Der Leistungsbedarfsanstieg in diesem Segment entfällt gänzlich auf Leistungsbedarfssteigerungen der GOP 13500 *Zusatzpauschale hämatologische, onkologische, immunologische Erkrankung* und 13502 *Zusatzpauschale aplasieinduzierende/Toxizitäts-adaptierte Therapie* (13500 +25,5%, 13502 +21,1% / bei einem Anteil am Leistungsbedarfs des Segments von 13500 72,2%, 13502 27,6%). Diese in 2008 höher bewerteten Leistungen (beide +8,0%) verzeichnen Zunahmen ihrer Leistungshäufigkeit absolut (13500 +16,2%, 13502 +12,1%) sowie relativ je 100 Fälle (13500 +11,1%, 13502 +7,1%).

Den größten Anteil an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Hämatologen/Onkologen trägt mit +32,9% das **Leistungssegment „Notfall / Besuche“**. Die praxisklinischen Betreuungsleistungen 01510-01512 sind in 2008 mit 97,1% (96,4% in 2007) die Top-GOP des Leistungssegments. Der Leistungsbedarfsanstieg für diese GOP (01510 +9,4%, 01511 +14,5%, 01512 +21,0%) begründet sich fast gänzlich in der Zunahme ihrer Leistungshäufigkeit (01510 +8,3%, 01511 +13,0%, 01512 +19,8%) in 2008 bei nahezu unveränderter Leistungshäufigkeit je 100 Fälle.

### 3.3.9.5 Top-5 Gebührenordnungspositionen

Die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen in den Quartalen I-IV.2008 bei Hämatologen/Onkologen sind mit einem Anteil an der Gesamtleistung von zusammen 55,8% (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

86505	Intravasale zytostatische Chemotherapie (gem. Onkologievereinbarung) [17,2%]
01510	Praxisklinische Betreuung 2h [12,6%]
13492	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr [10,4%]
01511	Praxisklinische Betreuung 4h [8,4%]
13500	Zusatzpauschale hämatologische, onkologische, immunologische Erkrankung [7,3%]

Zum Vergleich sind in den Quartalen I-IV.2007 die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen, die zusammen 50,3% der Gesamtleistung verur-

sachen (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

86505	Intravasale zytostatische Chemotherapie ( <i>gem. Onkologievereinbarung</i> ) [18,1%]
01510	Beobachtung und Betreuung - Praxisklinische Betreuung 2h [12,5%]
01511	Beobachtung und Betreuung - Praxisklinische Betreuung 4h [8,0%]
13500	Komplex hämatologische, onkologische, immunologische Erkrankung [6,3%]
86502	Onkologische Behandlung einer Hämoblastose ( <i>gem. Onkologievereinbarung</i> ) [5,3%]

### 3.3.9.6 Analyse nach Gebührenordnungspositionen

Betrachtet man einzelne GOP, die im Rahmen der Analyse nach Leistungssegmenten (s.o.) noch nicht beschrieben worden sind, hinsichtlich relevanter Veränderungen, so fällt auf, dass einzelne Laborleistungen; u.a. 32001, 32527, 32371, 32122, 32520, Leistungsbedarfszunahmen zwischen 8,7% (32001) und 22,1% (32527) verzeichnen. Diese sind hauptsächlich im Anstieg der Leistungshäufigkeit begründet, mit 9,1% (32122) bis 22,1% (32527). Dies steht in zeitlichem Zusammenhang mit der Laborreform, die zum 01.10.2008 umgesetzt worden ist und u.a. mit einer Direktabrechnung von Laborgemeinschaften mit den Kassenärztlichen Vereinigungen verbunden ist.

Die 2008 neu eingeführten hämatologisch/onkologischen Grundpauschalen 13491 *Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr* und 13492 *Grundpauschale ab 60. Lebensjahr* gehen mit einem Anteil von 15,6% in den Gesamt-Leistungsbedarf der Hämatologen/Onkologen ein. In diese fachspezifisch-internistischen Grundpauschalen sind mehrere in 2007 einzeln neben den damaligen Ordinationskomplexen berechenbare GOP aufgegangen. Die daneben in allgemein-internistische Grundpauschalen umgewandelten 2007 gültigen Ordinationskomplexe erfuhren einen Rückgang ihres Leistungsbedarfs (13211 -84,8%, 13212 -87,1%) bei gleichzeitigem Abfall der Leistungshäufigkeit (13211 -93,5%, von 11.415 auf 737 / 13212 -94,8% von 22.145 auf 1.155).

### 3.3.10 c) Kardiologen

#### 3.3.10.1 Eckwerte Gesamt-Zeitraum I-IV- Quartal

Bei den **84 kardiologischen Praxen** mit Leistungsdaten in beiden Vergleichszeiträumen ist der **Gesamt-Leistungsbedarf** von I-IV.2007 gegenüber I-IV.2008 um insgesamt 32,4% gestiegen. Diese Steigerung resultiert zum einen aus einer **Fallzahlsteigerung** von 2,9% und zum anderen aus einer Zunahme des durchschnittlichen **Leistungsbedarfs je Fall** von 28,8%.

#### 3.3.10.2 Eckwerte Einzelquartale I-IV- Quartal

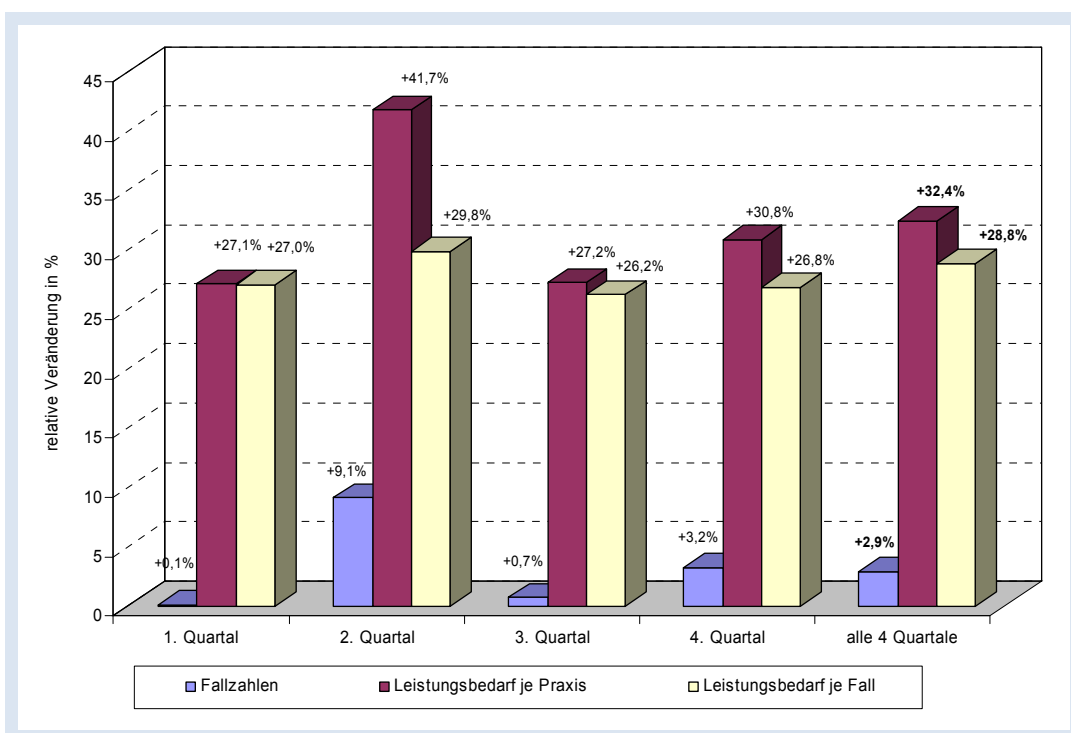


Abbildung 31: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei Kardiologen

Im Vergleich der EBM 2008-Quartale zeigen sich, hinsichtlich des Bewertungseffekts als Veränderung des Leistungsbedarfs je Fall, gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal bei Kardiologen Zunahmen zwischen 26,2% und 29,8% (siehe Abbildung 31). Im zweiten Quartal 2008 fällt die Zunahme dabei am höchsten aus, im dritten Quartal 2008 am niedrigsten. Der Mengeneffekt als Veränderung der Fallzahl ist mit 0,1% beim Vergleich des Zeitraums I.2007 zu I.2008 am geringsten und beim Vergleich II.2007 gegenüber II.2008 mit 9,1% am höchsten.

Die Veränderung der Gesamtleistung bei Kardiologen als Leistungsbedarf je Praxis variiert beim Vergleich der EBM 2008-Quartale gegenüber den Vorjahresquartalen in einer Größenordnung von 27,1% bis 41,7% und ist im ersten Quartal am niedrigsten und im zweiten Quartal am höchsten ausgeprägt (siehe Abbildung 31).

### 3.3.10.3 Leistungsbedarfsveränderung je Fall und Praxisgröße

In 97,6% der Praxen nimmt der Leistungsbedarf je Fall gegenüber dem Vorjahreszeitraum zu. Leistungsbedarfsveränderung je Fall und Praxisgröße sind bei Kardiologen positiv korreliert. Das heißt mit zunehmender Praxisgröße steigt in dieser Fachgruppe der Anteil von Praxen mit einer Leistungsbedarfszunahme je Fall: bei kleineren Praxen beträgt er 92,9%, bei mittleren und großen Praxen 100,0%.

### 3.3.10.4 Analyse nach Leistungssegmenten

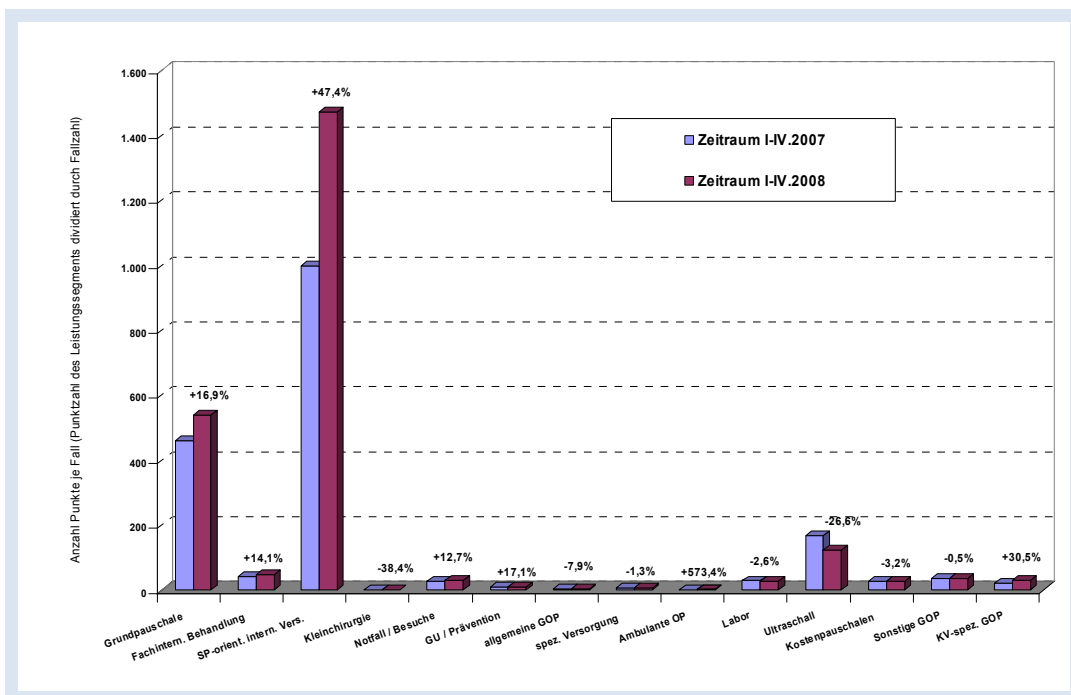


Abbildung 32: Anzahl EBM-Punkte je Fall differenziert nach Leistungssegmenten und deren relativen Veränderungen im Vergleich 2007 zu 2008 bei Kardiologen

Als Leistungssegmentierung wurden den Kardiologen die definierten Segmente des EBM für Facharzt-Internisten zu Grunde gelegt. Die Analyse zeigt, dass der

Leistungsbedarf bei den kardiologischen Praxen im Wesentlichen aus den zwei Segmenten „Grundpauschale und ihren Teilleistungen“ und „Schwerpunktorientierte internistische Versorgung“ besteht (siehe Abbildung 32). Auf diese zwei Segmente entfallen im Zeitraum I-IV.2008 85,9% (I-IV.2007 80,2%) des Gesamt-Leistungsbedarfs von Kardiologen.

Die **Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs von 2007 zu 2008** bei den 84 kardiologischen Praxen um insgesamt **+223,46 Mio. Punkte** ergibt sich aus der **Zunahme von 238,96 Mio. Punkten**, hauptsächlich durch Leistungsbedarfszunahmen der Leistungssegmente „Grundpauschale“ und „Schwerpunktorientierte internistische Versorgung“, und der **Abnahme von 15,5 Mio. Punkten**, fast gänzlich begründet im Leistungssegment „Ultraschall“ (siehe Abbildung 33).

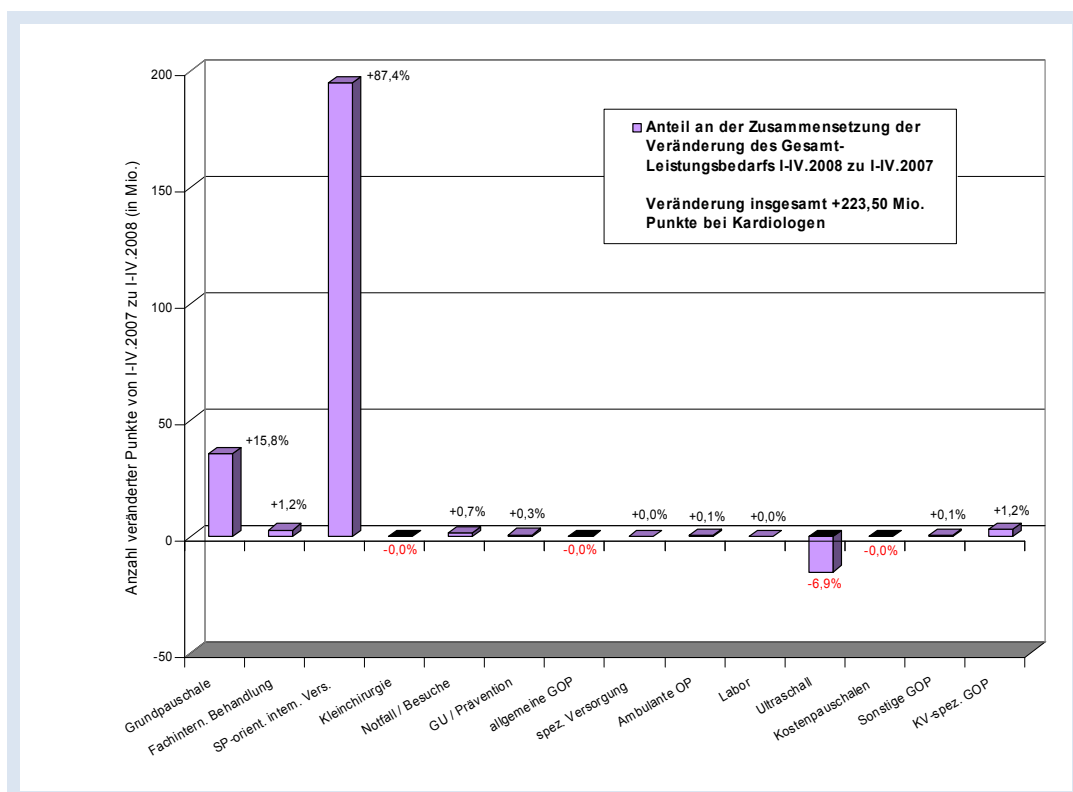


Abbildung 33: Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs in Punkten von 2007 zu 2008 differenziert nach Leistungssegmenten, mit zusätzlichem Ausweis des Anteils an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Kardiologen

Das **Leistungssegment „Grundpauschale“** zeichnet mit einem Anteil von +15,8% an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs. Der Leistungsbedarf dieses Segments ergibt sich zu 96,1% aus den 2008 neu eingeführten kardiologischen Grundpauschalen 13541 *Grundpauschale 6.- 59. Lebens-*

*jahr* und 13542 *Grundpauschale ab 60. Lebensjahr*. In diese Grundpauschalen sind mehrere in 2007 einzeln neben den damaligen Ordinationskomplexen berechenbare GOP eingegangen.

Das **Leistungssegment „Schwerpunktorientierte internistische Versorgung“**, zeichnet mit einem Anteil von +87,4% an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs.

Der Leistungsbedarf dieses Segments ergibt sich zu 92,7% aus den GOP 13545 *Zusatzpauschale Kardiologie I* und 13550 *Zusatzpauschale Kardiologie II*, die aus dem in 2007 gültigen kardiologisch diagnostischen Komplex (13550) hervorgegangen sind. Nach der Leistungslegende entspricht der kardiologisch diagnostische Komplex aus 2007 der neu eingeführten GOP 13545 in 2008. Die GOP für die Stress-Echokardiographie 33030 *Echokardiographie mit physikalischer Stufenbelastung* (Häufigkeit 1,4 je 100 Fälle bei 1,6% Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf) und 33031 *Echokardiographie mit pharmakainduzierter Stufenbelastung* (Häufigkeit 0,3/100 Fälle bei 0,3% Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf) waren in 2007 neben der GOP 13550 abrechenbar. In 2008 wurde die GOP 13550 in ihrer Leistungslegende angepasst, indem die Erbringung einer Stress-Echokardiographie obligat eingebunden wurde. Die neu eingeführte GOP 13545 (Häufigkeit 10,5 je 100 Fälle bei 8,6% Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf) und die GOP 13550 (Häufigkeit 49,4 je 100 Fälle bei 49,7% Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf) enthalten nun in 2008 einen Abrechnungsausschluss der Stress-Echokardiographie-GOP. In Anbetracht der Tatsache, dass die Abrechnungsbestimmungen für die Stress-Echokardiographie in 2008 keine Änderung gegenüber denen in 2007 erfuhren, muss der differierenden Leistungshäufigkeit je 100 Fälle zwischen den GOP 33030 und 33031 in 2007 und der GOP 13550 in 2008 besondere Beachtung geschenkt werden.

In diesem Mengeneffekt, der grundsätzlichen Neukalkulation und Aufwertung (+58,3% / +865 Punkte) der GOP 13550 und der Neuschaffung der GOP 13545 in 2008 begründet sich der Leistungsbedarfsanstieg des Segments und hauptsächlich der kardiologischen Praxen.

Die Abnahme im **Leistungssegment „Ultraschalldiagnostik“**, dessen Anteil an der Zusammensetzung der Veränderung des Leistungsbedarfs -6,9% beträgt, begründet sich in den abgefallenen Leistungshäufigkeiten je 100 Fällen der GOP 33022 *Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)* (1,25 in 2007, 0,85 in 2008), 33030 *Echokardiographie mit physikalischer Stufenbelastung* (1,42 in 2007, 0,04

in 2008), 33031 *Echokardiographie mit pharmakainduzierter Stufenbelastung* (0,27 in 2007, 0,04 in 2008) und 33070 *Duplex-Sonographie der extrakraniellen Gefäße* (6,01 in 2007, 5,35 in 2008), deren Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf 2008 insgesamt 3,08% (2007 6,23%) beträgt.

### 3.3.10.5 Top-5 Gebührenordnungspositionen

Die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen in den Quartalen I-IV.2008 bei Kardiologen sind mit einem Anteil an der Gesamtleistung von zusammen 83,8% (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

13550	Zusatzpauschale Kardiologie II [49,7%]
13542	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr [15,8%]
13545	Zusatzpauschale Kardiologie I [8,6%]
13541	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr [6,3%]
13552	Kontrolle Herzschrittmacher, Kardioverter, Defibrillator [3,4%]

Zum Vergleich sind in den Quartalen I-IV.2007 die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen, die zusammen 69,3% der Gesamtleistung verursachen (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

13550	Kardiologischer-diagnostischer Komplex [49,2%]
01601	Individueller Arztbrief [7,3%]
13212	Ordinationskomplex ab 60. Lebensjahr [4,9%]
13552	Kontrolle Herzschrittmacher, Kardioverter, Defibrillator [4,0%]
80112	Ordinationskomplex ab 60. Lebensjahr (Gemeinschaftspraxen) [3,8%]

### 3.3.10.6 Analyse nach Gebührenordnungspositionen

Betrachtet man einzelne GOP, die im Rahmen der Analyse nach Leistungssegmenten (s.o.) noch nicht beschrieben worden sind, hinsichtlich relevanter Ver-

änderungen, so fällt auf, dass die GOP 33075 *Zuschlag Farbduplex* infolge einer Zunahme der Leistungshäufigkeit je 100 Fälle von 4,5 2007 im Vergleich zu 6,0 2008 einen Anstieg des Leistungsbedarfs von 36,4% für diese Leistung in 2008 verzeichnet.

Die 2007er GOP 13211 *Ordinationskomplex 6.-59. Lebensjahr* (Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf 2,2% bei Leistungshäufigkeit 16,7/100 Fälle) und 13212 *Ordinationskomplex ab 60. Lebensjahr* (Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf 5,0% bei Leistungshäufigkeit 38,0/100 Fälle) erfahren als nicht fachspezifische internistische Grundpauschalen in 2008 eine Abnahme der Leistungshäufigkeit (13211 - 95,6%, 13212 -96,5%) und des Leistungsbedarfs (13211 -89,2%, 13212 -90,9%). U. a. die geänderten Abrechnungsbestimmungen der GOP, im Zusammenhang mit der unter dem Leistungssegment „Grundpauschalen“ beschriebenen (s. o.) in 2008 neu geschaffenen kardiologischen Grundpauschalen, begründen den Rückgang der Leistungshäufigkeit und somit die Abnahme des Leistungsbedarfs für diese nicht fachspezifischen Grundpauschalen bei den Kardiologen.



### 3.3.11 d) Nephrologen

#### 3.3.11.1 Eckwerte Gesamt-Zeitraum I-IV- Quartal

Bei den **34 nephrologischen Praxen** mit Leistungsdaten in beiden Vergleichszeiträumen ist der **Gesamt-Leistungsbedarf** von I-IV.2007 gegenüber I-IV.2008 um insgesamt 3,2% gestiegen. Neben einer Zunahme der **Fallzahl** um 5,3% findet sich bei den Nephrologen, als eine von zwei Abrechnungsgruppen der EBM-Begleitstudie 2008, eine Minderung des **Leistungsbedarfs je Fall** um -2,0% in 2008 gegenüber 2007 (Pathologen -10,6%).

#### 3.3.11.2 Eckwerte Einzelquartale I-IV- Quartal

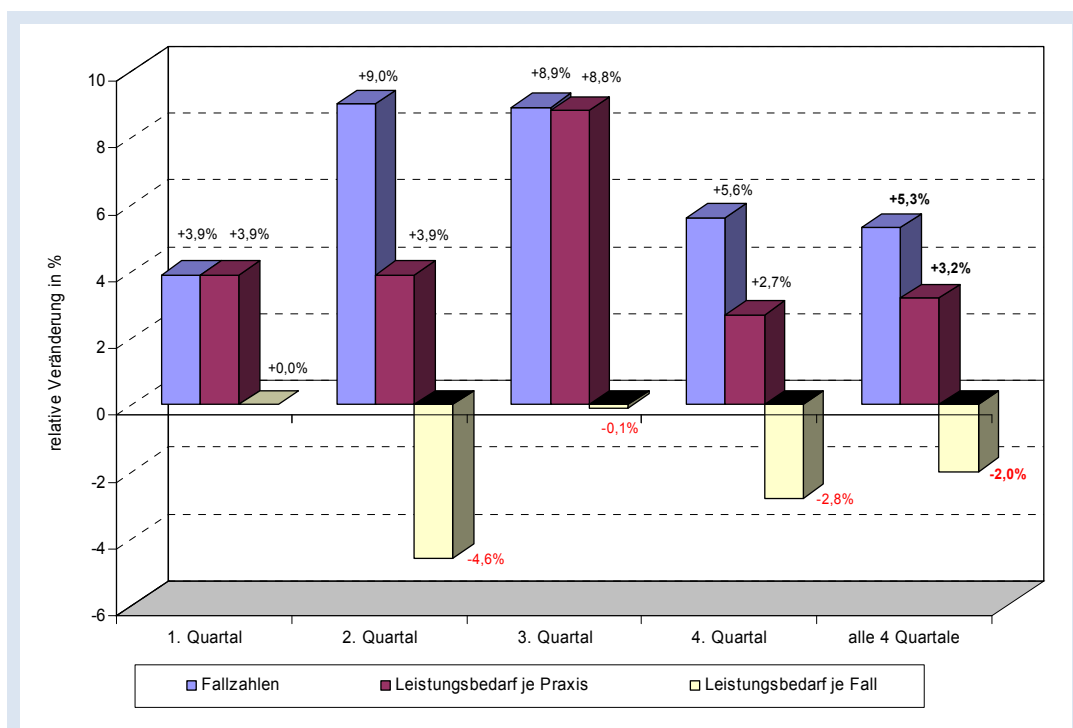


Abbildung 34: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei Nephrologen

Im Vergleich der EBM 2008-Quartale zeigen sich, hinsichtlich des Bewertungseffekts als Veränderung des Leistungsbedarfs je Fall, gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal bei Nephrologen vermehrt Abnahmen, welche im II. Quartal mit -4,6% am stärksten ausgeprägt sind. (siehe Abbildung 34). Der Mengeneffekt als Veränderung der Fallzahl ist mit 3,9% beim Vergleich des Zeitraums I.2007 zu

I.2008 am geringsten und beim Vergleich II.2007 gegenüber II.2008 mit 9,0% am höchsten.

Die Veränderung der Gesamtleistung bei Nephrologen als Leistungsbedarf je Praxis variiert beim Vergleich der EBM 2008-Quartale gegenüber den Vorjahresquartalen in einer Größenordnung von 2,7% (im IV. Quartal) bis 8,8% (im III. Quartal) (siehe Abbildung 34).

### 3.3.11.3 Leistungsbedarfsveränderung je Fall und Praxisgröße

In 32,4% der Praxen nimmt der Leistungsbedarf je Fall gegenüber dem Vorjahreszeitraum zu. Der Anteil von Praxen der Nephrologie mit einer Leistungsbedarfszunahme je Fall differiert nach Praxisgröße und ist in mittleren Praxen mit 41,7% am stärksten ausgeprägt. Im Vergleich hierzu beträgt der Anteil bei kleinen und großen Praxen 27,3%.

### 3.3.11.4 Analyse nach Leistungssegmenten

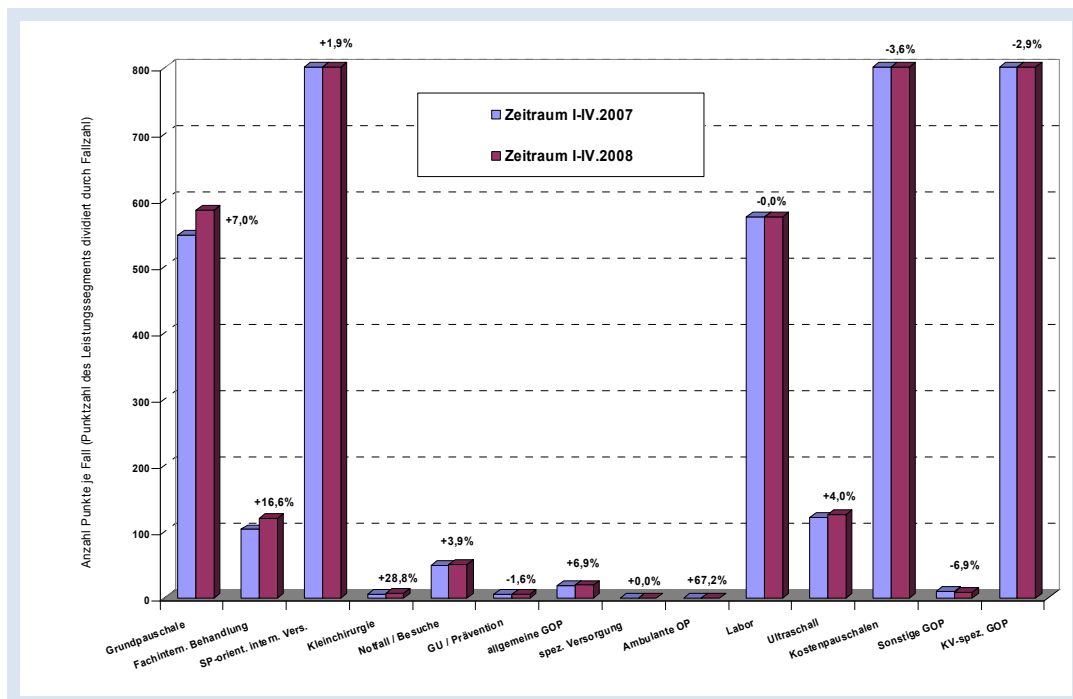


Abbildung 35: Anzahl EBM-Punkte je Fall differenziert nach Leistungssegmenten und deren relative Veränderungen im Vergleich 2007 zu 2008 bei Nephrologen

Als Leistungssegmentierung wurden den Nephrologen die definierten Segmente des EBM für Facharzt-Internisten zu Grunde gelegt. Die Analyse zeigt, dass der Leistungsbedarf bei den nephrologischen Praxen im Wesentlichen aus den vier

Segmenten „Kostenpauschalen“, „KV-spezifische GOP“, dem Segment „Schwerpunktorientierte internistische Versorgung“ sowie der „Grundpauschale und ihren Teilleistungen“ besteht (siehe Abbildung 35). Auf diese vier Segmente entfallen im Zeitraum I-IV.2008 94,0% (I-IV.2007 94,3%) des Gesamt-Leistungsbedarfs von Nephrologen.

Die **Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs** von 2007 zu 2008 um insgesamt **+42,38 Mio. Punkte** bei den 34 nephrologischen Praxen ergibt sich aus der **Zunahme von 42,40 Mio. Punkten**, hauptsächlich durch Leistungsbedarfszunahmen der Leistungssegmente „KV-spezifischen Leistungen“, „Schwerpunktorientierte internistische Versorgung“, den „Kostenpauschalen“ und dem Segment „Grundpauschale“, sowie der **Abnahme von 0,02 Mio. Punkten**, gänzlich im Segment „Sonstige GOP“ begründet (siehe Abbildung 36).

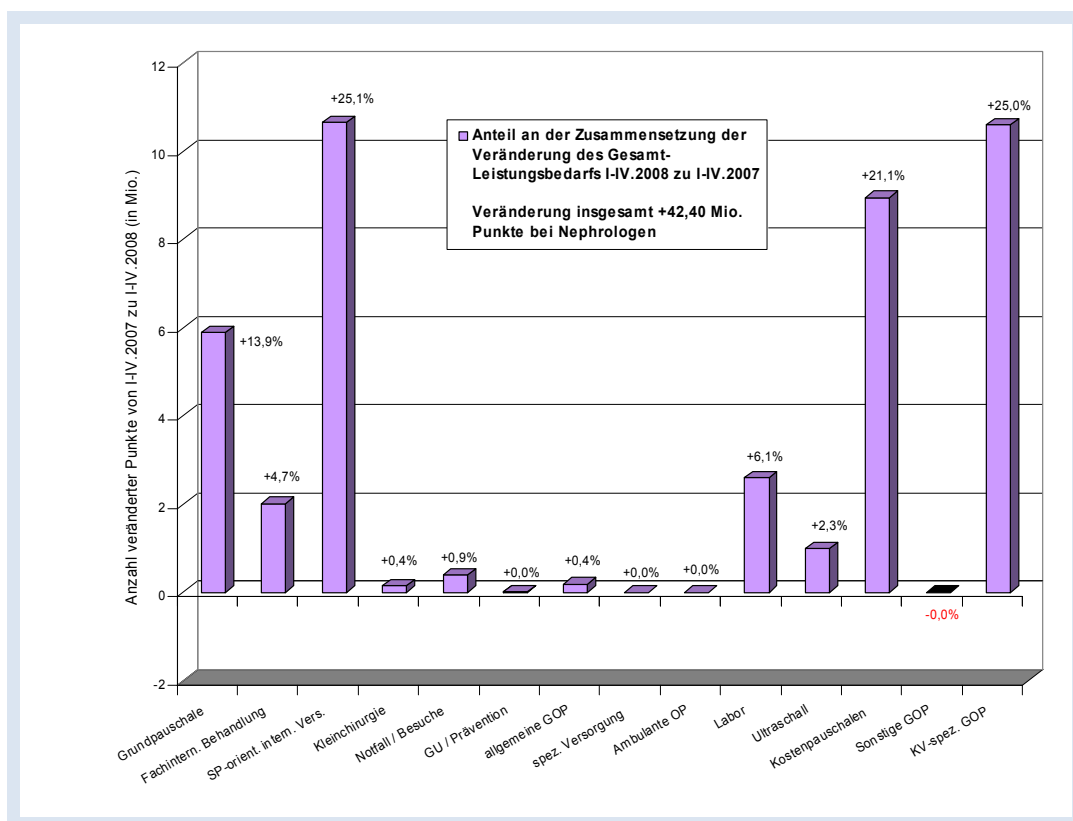


Abbildung 36: Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs in Punkten von 2007 zu 2008 differenziert nach Leistungssegmenten, mit zusätzlichem Ausweis des Anteils an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Nephrologen

Das **Leistungssegment „KV-spezifische GOP“**, dessen Anteil an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs +25,0% beträgt, enthält Gebührenordnungspositionen zu KV- und Kassen-spezifischen Vereinbarungen.

Das **Leistungssegment „Schwerpunktorientierte internistische Versorgung“**, zeichnet mit einem Anteil von +25,1% an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs. Es resultiert im Wesentlichen aus den GOP 13610 *Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Hämodialyse als Zentrums- bzw. Praxishämodialyse, Heimdialyse oder zentralisierter Heimdialyse, oder bei intermittierender Peritonealdialyse (IPD), einschl. Sonderverfahren* und 13611 *Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Durchführung einer Peritonealdialyse (CAPD oder CCPD)*, deren Leistungsbedarfsanteil innerhalb dieses Segments insgesamt 88,0% ausmacht.

Das **Leistungssegment „Kostenpauschalen“** zeichnet mit einem Anteil von +21,1% an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs. Es beinhaltet mehrere in 2008 neu eingeführte GOP. Die Änderung der Abrechnungsbestimmungen der „großen“ Kostenpauschalen 40800, 40802, 40804, mit Anhebung der geforderten Dialysen-Mindestmenge, lässt den Anteil der drei „großen“ Pauschalen am Leistungsbedarf des Segments von 99,6% in 2007 auf 96,5% in 2008 sinken. Die in 2008 neu eingeführten „kleinen“ Pauschalen bereinigen diesen Effekt, wobei unter den neu eingeführten GOP die 40806-40808, mit einem Anteil von zusammen 2,9% am Leistungsbedarf des Segments, hier führend sind.

Das **Leistungssegment „Grundpauschale“**, dessen Anteil an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs +13,9% beträgt, resultiert im Wesentlichen aus den in 2008 neu eingeführten GOP 13591 *Grundpauschale 6.-59. Lebensjahr* und 13592 *Grundpauschale ab 60. Lebensjahr*. In diese nephrologischen Grundpauschalen sind mehrere in 2007 einzeln neben den damaligen Ordinationskomplexen berechenbare GOP eingegangen. Der Leistungsbedarfsanteil dieser beiden GOP innerhalb des Segments beträgt in 2008 98,4%.

#### 3.3.11.5 Top-5 Gebührenordnungspositionen

Die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen in den Quartalen I-IV.2008 bei Nephrologen sind mit einem Anteil an der Gesamtleistung von zusammen 77,9% (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

- 91531 Dialysesachkosten (*KV-spezifische Leistungen*) [26,9%]
- 40804 Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämodialysen, CAPD, CCPD, als Zentrums- bzw. Praxisdialyse, Heimdialyse oder zentralisierte Heimdialyse, einschl. Sonderverfahren (z. B. Hämofiltration, Hämodiafiltration), bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung mit manifestem behandlungspflichtigen Diabetes mellitus [16,7%]
- 40802 Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämodialysen, CAPD, CCPD, als Zentrums- bzw. Praxisdialyse, Heimdialyse oder zentralisierte Heimdialyse, einschl. Sonderverfahren (z. B. Hämofiltration, Hämodiafiltration), bei Versicherten ab dem vollendeten 59. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung ohne manifesten behandlungspflichtigen Diabetes mellitus [16,1%]
- 13610 Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Hämodialyse, Peritonealdialyse und Sonderverfahren [9,8%]
- 40800 Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämodialysen, CAPD, CCPD, als Zentrums- bzw. Praxisdialyse, Heimdialyse oder zentralisierte Heimdialyse, einschl. Sonderverfahren (z. B. Hämofiltration, Hämodiafiltration), bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bis zum vollendeten 59. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung ohne manifesten behandlungspflichtigen Diabetes mellitus [8,4%]

Zum Vergleich sind in den Quartalen I-IV.2007 die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen, die zusammen 80,4% der Gesamtleistung verursachen (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

- 91531 Dialysesachkosten (*KV-spezifische Leistungen*) [27,7%]
- 40804 Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämodialysen, CAPD, CCPD, als Zentrums- bzw. Praxisdialyse, Heimdialyse oder zentralisierte Heimdialyse, einschl. Sonderverfahren (z. B. Hämofiltration, Hämodiafiltration), bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung mit manifestem behandlungspflichtigen Diabetes mellitus [17,8%]
- 40802 Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von

	Hämodialysen, CAPD, CCPD, als Zentrums- bzw. Praxisdialyse, Heimdialyse oder zentralisierte Heimdialyse, einschl. Sonderverfahren (z. B. Hämofiltration, Hämodiafiltration), bei Versicherten ab dem vollendeten 59. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung ohne manifesten behandlungspflichtigen Diabetes mellitus [15,9%]
40800	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämodialysen, CAPD, CCPD, als Zentrums- bzw. Praxisdialyse, Heimdialyse oder zentralisierte Heimdialyse, einschl. Sonderverfahren (z. B. Hämofiltration, Hämodiafiltration), bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bis zum vollendeten 59. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung ohne manifesten behandlungspflichtigen Diabetes mellitus [9,6%]
13610	Ärztliche Betreuung bei Hämodialyse, Peritonealdialyse und Sonderverfahren [9,4%]

### 3.3.11.6 Analyse nach Gebührenordnungspositionen

Betrachtet man einzelne GOP, die im Rahmen der Analyse nach Leistungssegmenten (s.o.) noch nicht beschrieben worden sind, hinsichtlich relevanter Veränderungen, so fällt auf, dass die größten Veränderungen im Leistungssegment „Laborleistungen“ zu finden sind. Das hier die leistungsbedarfsstärkste GOP 32001 *Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen* eine Leistungsbedarfszunahme von 22,0% aufweist, bei einer Zunahme der Leistungshäufigkeit von 22,8%, dürfte u.a. auf die geänderten Bestimmungen der GOP zurückzuführen sein, wobei diese ab 2008 nicht nur im Behandlungsfall, sondern je Arztfall abgerechnet werden darf.

Das Absinken des Leistungsbedarfs je Fall bei den Nephrologen um -2,0 begründet sich hauptsächlich in ihrer Top-GOP 91531 (*Dialysesachkosten (KV-spezifische Leistungen)*). Diese zeichnet mit einem Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf von 26,9% in 2008 (27,7% in 2007). Im Vergleich der Quartale I-IV.2007 zu I-IV.2008 sinkt deren Leistungshäufigkeit je 100 Fälle von 140,6 auf 133,8 (-6,8%).

### 3.3.12 e) Pneumologen

#### 3.3.12.1 Eckwerte Gesamt-Zeitraum I-IV- Quartal

Bei den **98 pneumologischen Praxen** mit Leistungsdaten in beiden Vergleichszeiträumen ist der **Gesamt-Leistungsbedarf** von I-IV.2007 gegenüber I-IV.2008 um insgesamt 15,2% gestiegen. Diese Steigerung resultiert zum einen aus einer **Fallzahlsteigerung** von 3,8% und zum anderen aus einer Zunahme des durchschnittlichen **Leistungsbedarfs je Fall** von 10,9%.

#### 3.3.12.2 Eckwerte Einzelquartale I-IV- Quartal

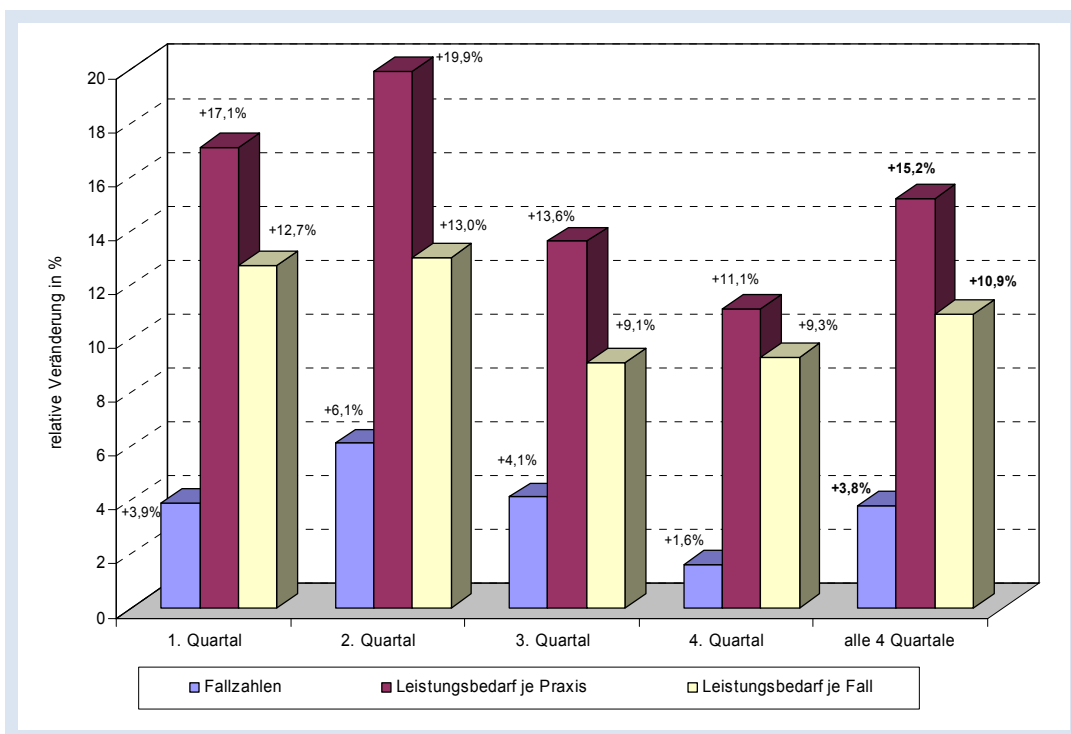


Abbildung 37: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei Pneumologen

Im Vergleich der EBM 2008-Quartale zeigen sich, hinsichtlich des Bewertungseffekts als Veränderung des Leistungsbedarfs je Fall, gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal bei Pneumologen Zunahmen zwischen 9,1% und 13,0% (siehe Abbildung 37). Im zweiten Quartal 2008 fällt die Zunahme dabei am höchsten aus, im dritten Quartal 2008 am niedrigsten. Der Mengeneffekt als Veränderung der Fallzahl ist mit 1,6% beim Vergleich des Zeitraums I.2007 zu I.2008 am geringsten und beim Vergleich II.2007 gegenüber II.2008 mit 6,1% am höchsten.

Die Veränderung der Gesamtleistung bei Pneumologen als Leistungsbedarf je Praxis variiert beim Vergleich der EBM 2008-Quartale gegenüber den Vorjahresquartalen in einer Größenordnung von 11,1% bis 19,9% und ist im vierten Quartal am niedrigsten und im zweiten Quartal am höchsten ausgeprägt (siehe Abbildung 37).

### 3.3.12.3 Leistungsbedarfsveränderung je Fall und Praxisgröße

In 94,9% der Praxen nimmt der Leistungsbedarf je Fall gegenüber dem Vorjahreszeitraum zu. Der Anteil von pneumologischen Praxen mit einer Leistungsbedarfszunahme je Fall differiert nach Praxisgröße und ist in mittleren Praxen mit 97,0% am stärksten und in kleinen Praxen mit 93,8% am schwächsten ausgeprägt.

### 3.3.12.4 Analyse nach Leistungssegmenten

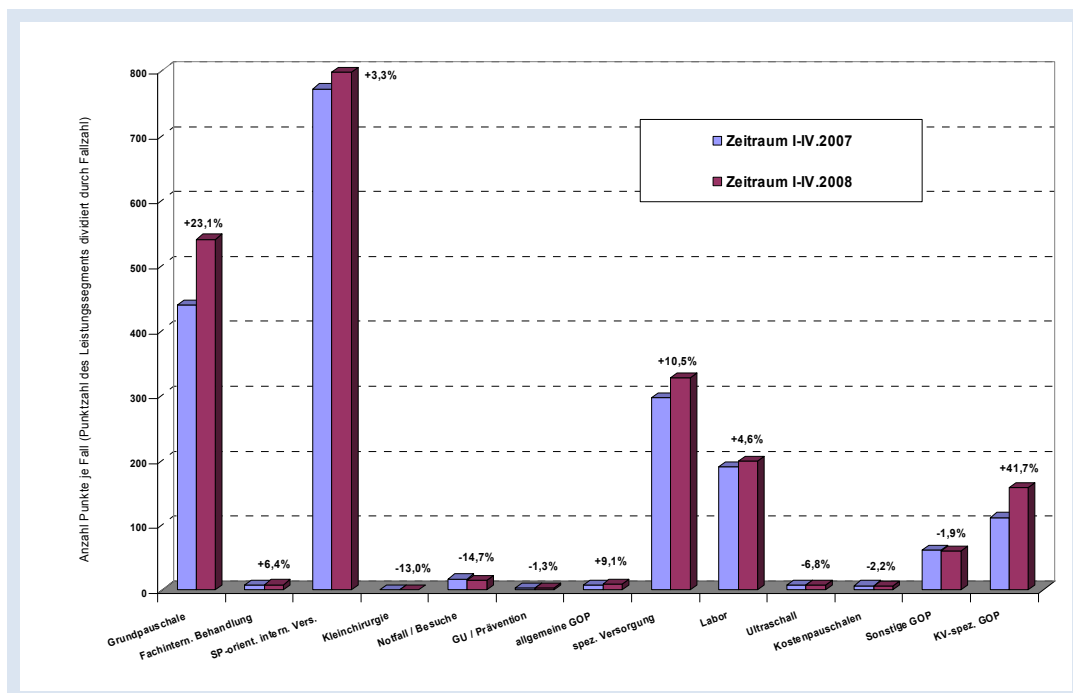


Abbildung 38: Anzahl EBM-Punkte je Fall differenziert nach Leistungssegmenten und deren relative Veränderungen im Vergleich 2007 zu 2008 bei Pneumologen

Als Leistungssegmentierung wurden den Pneumologen die definierten Segmente des EBM für Facharzt-Internisten zu Grunde gelegt. Die Analyse zeigt, dass der Leistungsbedarf bei den pneumologischen Praxen im Wesentlichen aus den drei Segmenten „Grundpauschale und ihren Teilleistungen“, „Schwerpunktorientierte



internistische Versorgung“ und „Spezielle Versorgungsbereiche“ besteht (siehe Abbildung 38). Auf diese drei Segmente entfallen im Zeitraum I-IV.2008 78,3% (I-IV.2007 78,5%) des Gesamt-Leistungsbedarfs.

Die **Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs von 2007 zu 2008** bei den 98 pneumologischen Praxen um insgesamt **+157,45 Mio. Punkte** ergibt sich aus der **Zunahme von 158,64 Mio. Punkten**, hauptsächlich durch Leistungsbedarfszunahmen der Leistungssegmente „Grundpauschale“, „Schwerpunktorientierte internistische Versorgung“, „Spezielle Versorgungsbereiche“ und „KV-spezifische GOP“, sowie der **Abnahme von 1,19 Mio. Punkten**, hauptsächlich im Leistungssegment „Notfall / Besuche“ begründet (siehe Abbildung 39).

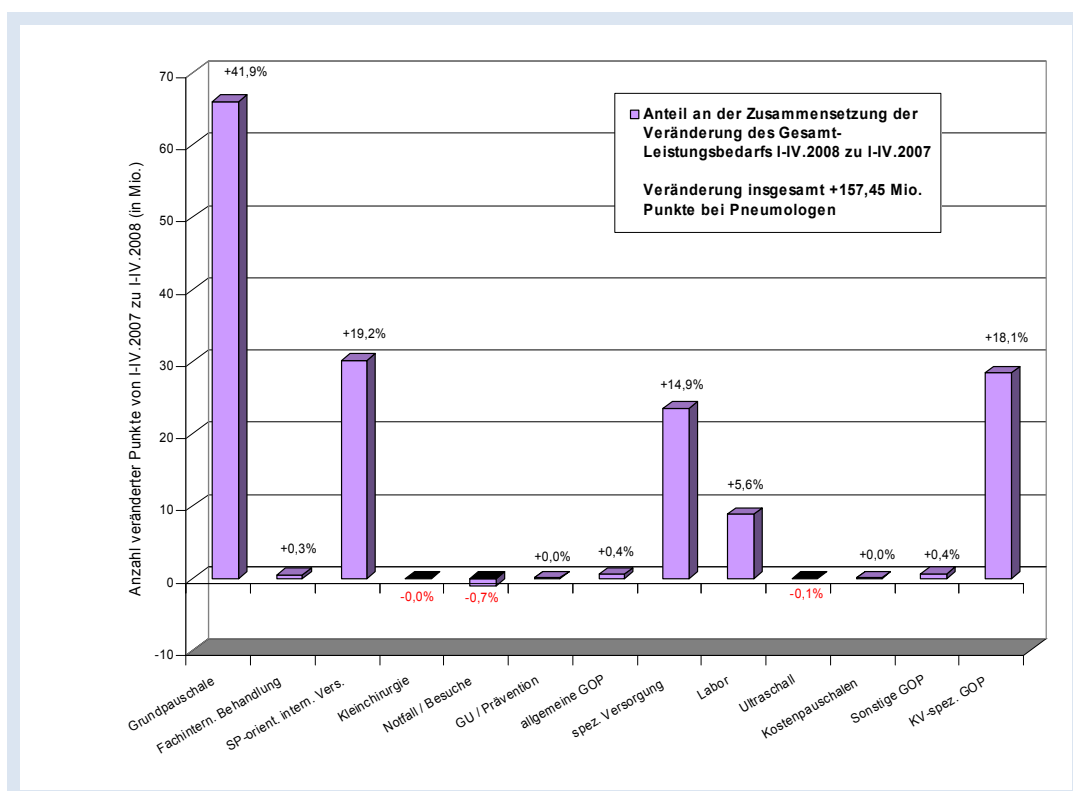


Abbildung 39: Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs in Punkten von 2007 zu 2008 differenziert nach Leistungssegmenten, mit zusätzlichem Ausweis des Anteils an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Pneumologen

Den größten Anteil an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Pneumologen trägt mit +41,9% das **Leistungssegment „Grundpauschale“**. Die 2008 neu eingeführten pneumologischen Grundpauschalen 13641 Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr und 13642 Grundpauschale ab 60. Lebensjahr bilden einen Anteil von 25,1% am Gesamt-Leistungsbedarf der

Pneumologen. In diese fachspezifisch-internistischen Grundpauschalen sind mehrere in 2007 einzeln neben den damaligen Ordinationskomplexen berechenbare GOP eingegangen. Die daneben in allgemein-internistische Grundpauschalen umgewandelten 2007 gültigen Ordinationskomplexe erfuhren einen Rückgang ihres Leistungsbedarfs (13211 -97,5%, 13212 -96,1%) bei gleichzeitigem Abfall der Leistungshäufigkeit (13211 -99,0%, 13212 -98,5%).

Das **Leistungssegment „Schwerpunktorientierte internistische Versorgung“** zeichnet mit einem Anteil von +19,2% an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs. Der Leistungsbedarfsanstieg in diesem Segment entfällt gänzlich auf Leistungsbedarfssteigerungen der GOP 13650 *Zusatzpauschale Pneumologisch-Diagnostischer Komplex* und 13651 *Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 13650 für die Durchführung eines unspezifischen bronchialen Provokationstests* (13650 +7,1%, 13651 +8,6% / bei einem Anteil am Leistungsbedarf des Segments von 13650 89,5%, 13651 8,3%). Daneben verzeichnen diese in 2008 höher bewerteten Leistungen (13650 +2,4%, 13651 +3,4%) Zunahmen ihrer absoluten Leistungshäufigkeit (13650 +4,6%, 13651 +5,0%) bei minimal veränderter Leistungshäufigkeit je 100 Fälle.

Für das **Leistungssegment „KV-spezifische GOP“** beträgt der Anteil an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs +18,1%. Es enthält Gebührenordnungspositionen zu KV- und Kassen-spezifischen Vereinbarungen.

Das **Leistungssegment „Spezielle Versorgungsbereiche“** zeichnet mit einem Anteil von +14,9% an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs. Die schlafstörungsdiagnostischen GOP 30900 *Kardiorespiratorische Polygraphie* und 30901 *Kardiorespiratorische Polysomnographie* sind in diesem Segment hauptsächlich für den Leistungsbedarfsanstieg verantwortlich. Insbesondere die GOP 30900 zeichnet hier mit einer Steigerung der Leistungshäufigkeit um +35,0% (30901 +7,9%) und einem Leistungsbedarfszuwachs von +37,9% (30901 +13,3%). Daneben erfuhren beide Leistungen in 2008 eine Höherbewertung (30900 +5,1%, 30901 +2,1%) und bilden somit einen Anteil von 60,6% (54,9% in 2007) am Leistungsbedarf des Segments.

Der Anteil von -0,7% an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs im **Leistungssegment „Notfall / Besuche“** begründet sich in der GOP 01430 *Verwaltungskomplex*. Diese, in 2007 mit 2,85 Mio. Punkten Top-Leistung des Segments (Anteil am segmentalen Leistungsbedarf 31,1%), ver-

zeichnet einen Rückgang der Leistungshäufigkeit absolut (-72,3%) sowie relativ je 100 Fälle (-73,3%). Bei einer Höherbewertung von +16,7% in 2008 bildet diese nun mit 0,92 Mio. Punkten einen Anteil von 11,4% am Leistungsbedarf des Segments. Eine Begründung für den Rückgang der Abrechnungshäufigkeit der GOP findet sich u.a. in deren geänderten Abrechnungsbestimmungen.

### 3.3.12.5 Top-5 Gebührenordnungspositionen

Die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen in den Quartalen I-IV.2008 bei Pneumologen sind mit einem Anteil an der Gesamtleistung von zusammen 69,2% (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

13650	Zusatzpauschale Pneumologisch-Diagnostischer Komplex [33,5%]
13642	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr [12,5%]
13641	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr [12,5%]
30901	Kardiorespiratorische Polysomnographie [5,5%]
32427	Allergenspezifische Immunglobuline I [5,2%]

Zum Vergleich sind in den Quartalen I-IV.2007 die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen, die zusammen 56,7% der Gesamtleistung verursachen (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

13650	Pneumologisch-Diagnostischer Komplex [36,1%]
32427	Allergenspezifische Immunglobuline I [5,8%]
01601	Individueller Arztbrief [5,7%]
30111	Allergologiediagnostik II [4,6%]
13211	Ordinationskomplex 6.- 59. Lebensjahr [4,6%]

### 3.3.12.6 Analyse nach Gebührenordnungspositionen

Betrachtet man einzelne GOP, die im Rahmen der Analyse nach Leistungssegmenten (s.o.) noch nicht beschrieben worden sind, hinsichtlich relevanter Veränderungen, so fällt auf, dass die GOP 32247 *Blutgasanalyse und Säure-Basen-Status* eine Zunahme der Leistungshäufigkeit um 131,5% (bei Zunahme der Leistungshäufigkeit je 100 Fälle um 122,6%) verzeichnet. Bei gleicher Bewertung wie

in 2007 nimmt der Leistungsbedarf für diese GOP bei den Pneumologen um 131,5% zu.

### 3.3.13 f) Sonstige Fach-Internisten

Bei der Abrechnungsgruppe „Sonstige Fach-Internisten“ handelt es sich aufgrund verschiedener internistischer Schwerpunktzusammensetzungen um eine sehr heterogene Gesamtgruppe. So werden in dieser Fachgruppe auf Basis des KBV-VDX-Abrechnungsschlüssels beispielsweise Internisten mit rheumatologischem, angiologischem oder endokrinologischem Schwerpunkt zusammengefasst.

Vor diesem Hintergrund erfolgt für die 89 Internisten, die über den KBV-VDX-Abrechnungsschlüssel dieser Abrechnungsgruppe zugeordnet werden, keine inhaltliche Vertiefung, da unter methodischen Aspekten einheitliche valide Aussagen für diese Abrechnungsgruppe nicht möglich sind.

### 3.3.14 Gynäkologen

#### 3.3.14.1 Eckwerte Gesamt-Zeitraum I-IV- Quartal

Bei den **1.056 gynäkologischen Praxen** mit Leistungsdaten in beiden Vergleichszeiträumen ist der **Gesamt-Leistungsbedarf** von I-IV.2007 gegenüber I-IV.2008 um insgesamt 10,2% gestiegen. Neben einer Zunahme des durchschnittlichen **Leistungsbedarfs je Fall** von 10,3% findet sich bei den Gynäkologen als eine von zwei Abrechnungsgruppen der EBM-Begleitstudie 2008 eine Minderung der **Fallzahl** um -0,1% in 2008 gegenüber 2007 (Radiologen -2,4%).

#### 3.3.14.2 Eckwerte Einzelquartale I-IV- Quartal

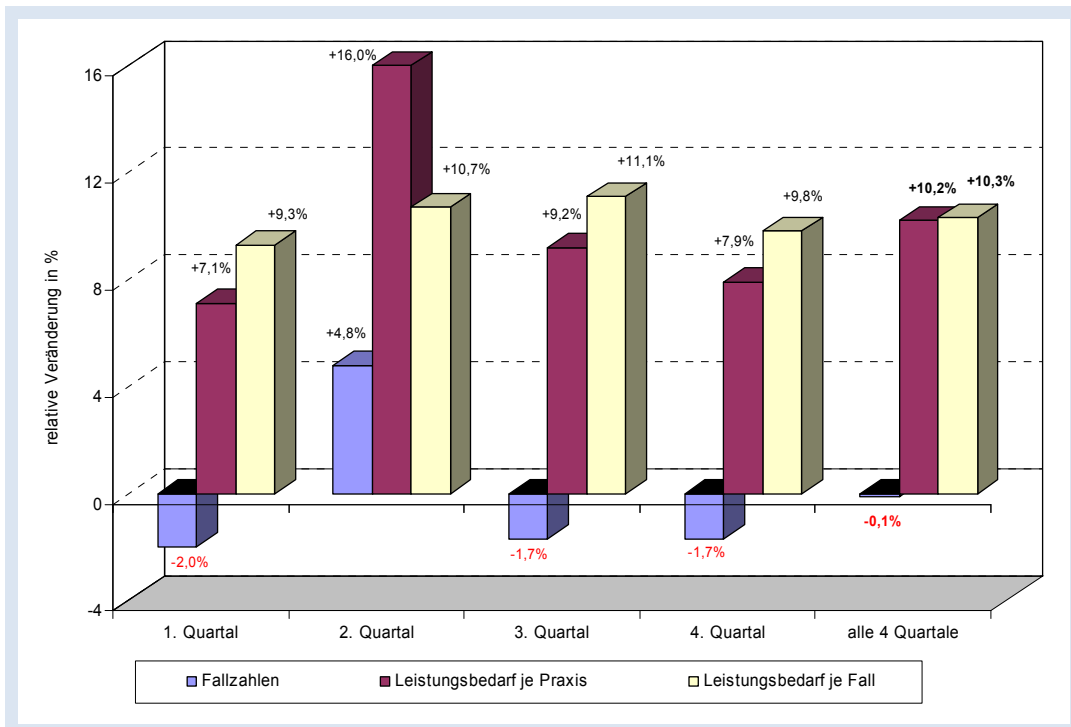


Abbildung 40: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei Gynäkologen

Im Vergleich der EBM 2008-Quartale zeigen sich, hinsichtlich des Bewertungseffekts als Veränderung des Leistungsbedarfs je Fall, gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal bei Gynäkologen Zunahmen zwischen 9,3% und 11,1% (siehe Abbildung 40). Im dritten Quartal 2008 fällt die Zunahme dabei am höchsten aus, im ersten Quartal 2008 am niedrigsten. Der Mengeneffekt als Veränderung der

Fallzahl ist mit -2,0% beim Vergleich des Zeitraums I.2007 zu I.2008 am geringsten und beim Vergleich II.2007 gegenüber II.2008 mit 4,8% am höchsten.

Die Zunahme der Gesamtleistung bei Gynäkologen als Leistungsbedarf je Praxis variiert beim Vergleich der EBM 2008-Quartale gegenüber den Vorjahresquartalen in einer Größenordnung von 7,1% bis 16,0% und ist im ersten Quartal am niedrigsten und im zweiten Quartal am höchsten ausgeprägt (siehe Abbildung 40).

### 3.3.14.3 Leistungsbedarfsveränderung je Fall und Praxisgröße

In 92,8% der Praxen nimmt der Leistungsbedarf je Fall gegenüber dem Vorjahreszeitraum zu. Der Anteil von gynäkologischen Praxen mit einer Leistungsbedarfszunahme je Fall differiert nach Praxisgröße und ist in mittleren Praxen mit 96,0% am stärksten und in kleinen Praxen mit 90,6% am geringsten ausgeprägt.

### 3.3.14.4 Analyse nach Leistungssegmenten

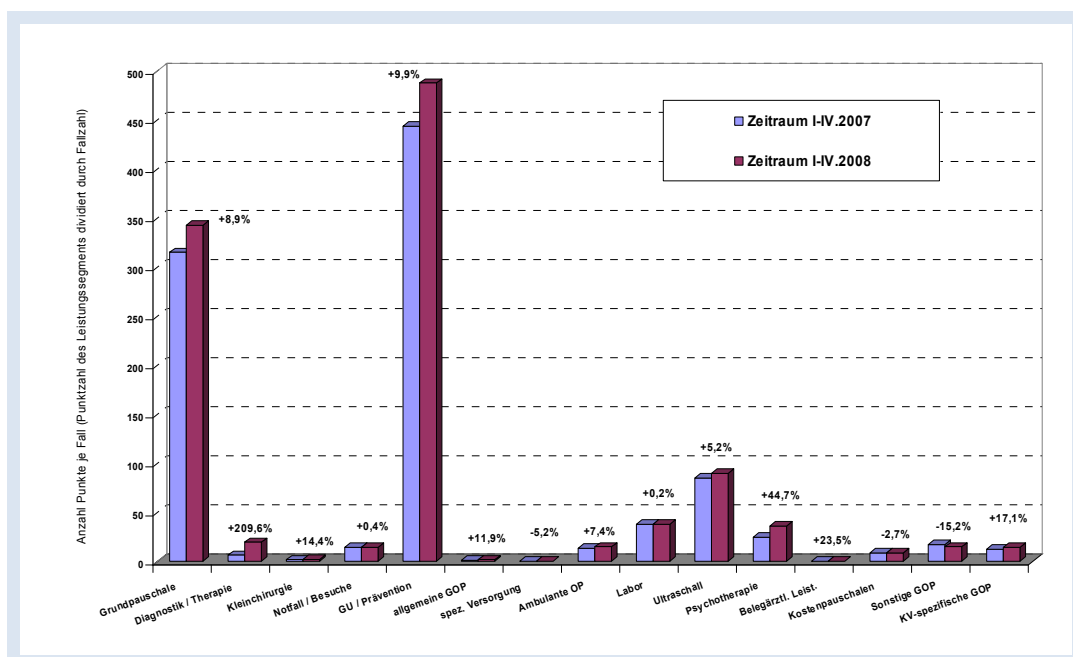


Abbildung 41: Anzahl EBM-Punkte je Fall differenziert nach Leistungssegmenten und deren relative Veränderungen im Vergleich 2007 zu 2008 bei Gynäkologen

Die Analyse nach Leistungssegmenten zeigt, dass der Leistungsbedarf bei den Gynäkologen hauptsächlich aus den drei Segmenten „Grundpauschale und ihren Teilleistungen“, „GU / Prävention“ und „Ultraschall“ besteht (siehe Abbildung

41). Auf diese drei Segmente entfallen im Zeitraum I-IV.2008 84,9% (I-IV.2007 86,0%) des Gesamt-Leistungsbedarfs von Gynäkologen.

Die **Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs von 2007 zu 2008** bei den 1.056 gynäkologischen Praxen um insgesamt **+576,03 Mio. Punkte** ergibt sich aus der **Zunahme von 592,68 Mio. Punkten**, hauptsächlich durch Leistungsbedarfszunahmen der Leistungssegmente „GU / Prävention“, „Grundpauschale“, „Psychotherapie“ sowie „Ultraschalldiagnostik“, und der **Abnahme von 16,65 Mio. Punkten**, hauptsächlich durch Leistungsbedarfsabnahmen im Leistungssegment „Sonstige GOP“ (siehe Abbildung 42).

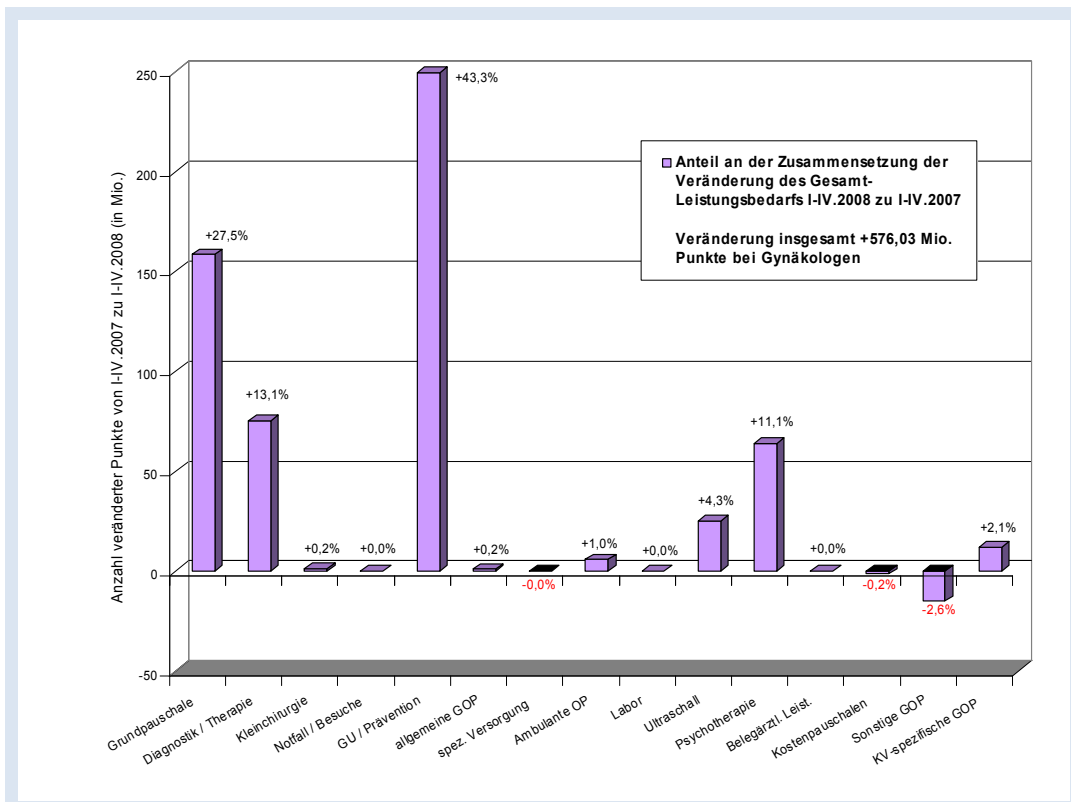


Abbildung 42: Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs in Punkten von 2007 zu 2008 differenziert nach Leistungssegmenten, mit zusätzlichem Ausweis des Anteils an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Gynäkologen

Das **Leistungssegment „Grundpauschale“** zeichnet mit einem Anteil an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs von +27,5%. In die GOP für die Grundpauschalen 08210-08212 sind mehrere in 2007 einzeln neben den damaligen Ordinationskomplexen berechenbare GOP eingegangen. Zusätzlich verzeichnen diese einen Anstieg der Leistungshäufigkeit um bis zu 21,4% (08211) gegenüber 2007.

Der für die Gynäkologen größte Anteil an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs entfällt mit +43,3% auf das **Leistungssegment „GU / Prävention“**. Die drei Top-GOP des Segments; 01730 *Krebsfrüherkennungs-Untersuchung bei der Frau*, 01770 *Betreuung einer Schwangeren* und 01822 *Beratung ggf. einschl. Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung* bewirken einen 79,3%igen Anteil am Anstieg des Leistungsbedarfs dieses Segments. Diese Leistungen erfuhren in 2008 eine Höherbewertung. Daneben ist der Anstieg der Leistungshäufigkeit um 10,2% bei der GOP 01822 hauptsächlich für den Anstieg des Leistungsbedarfs des Segments verantwortlich.

Das **Leistungssegment „Ultraschalldiagnostik“** zeichnet mit einem Anteil an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs von +4,3%. Die GOP 33041 *Mamma - Sonographie* und 33044 *Sonographie der weiblichen Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase*, beide zusammen mit einem Anteil von 97,8% (98,1% in 2007) am Leistungsbedarf des Segments, erfuhren in 2008 eine leichte Höherbewertung. Diese führte bei der GOP 03044 trotz einer Abnahme der Leistungshäufigkeit von -1,5% bei einem Leistungsbedarf von 440,76 Mio. Punkten zu einer Leistungsbedarfssteigerung. Neben der Zunahme der Leistungshäufigkeit der GOP 33041 um +7,9% (bei einem Leistungsbedarf von 63,71 Mio. Punkten) begründen diese die Leistungsbedarfssteigerung innerhalb des Segments.

Das **Leistungssegment „Psychotherapie“** zeichnet mit einem Anteil an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs von +11,1%. Innerhalb dieses Segments bilden die GOP 35100 *Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände* und 35110 *Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen* einen Anteil am Leistungsbedarf von 94,4% (93,5% in 2007). Höherbewertung (beide +6,2%) sowie ein Anstieg der Leistungshäufigkeit (35100 +26,7%, 35110 +63,6%) begründen den Leistungsbedarfsanstieg der GOP (35100 +34,5%, 35110 +73,7%) und des Segments.

Der Anteil von -2,6% an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs im **Leistungssegment „Sonstige GOP“** begründet sich im Rückgang der Leistungshäufigkeit und somit des Leistungsbedarfs (beides -12,5%) der für dieses Segment bedeutendsten GOP 19311 *Zytologische Untersuchung eines Materials*. Daneben zeichnen die GOP 30790 *Eingangsdagnostik und Abschlussuntersuchung zur Behandlung mittels Körperakupunktur* und 30791 *Durchführung einer Körperakupunktur* am Absinken des Leistungsbedarfs des Segments.



Diese waren für Gynäkologen bis II.2007 abrechenbar und in diesem Zeitraum mit insgesamt 12,06 Mio. Punkten am Leistungssegment „Sonstige GOP“ beteiligt.

#### 3.3.14.5 Top-5 Gebührenordnungspositionen

Die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen in den Quartalen I-IV.2008 bei Gynäkologen sind mit einem Anteil an der Gesamtleistung von zusammen 64,4% (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

08211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr [24,6%]
01730	Krebsfrüherkennungs-Untersuchung bei der Frau [11,6%]
01770	Betreuung einer Schwangeren [11,4%]
01822	Beratung ggf. einschl. Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung [9,8%]
33044	Sonographie der weiblichen Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase [7,1%]

Zum Vergleich sind in den Quartalen I-IV.2007 die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen, die zusammen 53,8% der Gesamtleistung verursachen (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

08211	Ordinationskomplex 6.- 59. Lebensjahr [13,7%]
01770	Betreuung einer Schwangeren [12,0%]
01730	Krebsfrüherkennungs-Untersuchung bei der Frau [11,5%]
01822	Beratung und Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung [9,1%]
33044	Sonographie der weiblichen Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase [7,5%]

#### 3.3.14.6 Analyse nach Gebührenordnungspositionen

Betrachtet man einzelne GOP, die im Rahmen der Analyse nach Leistungssegmenten (s.o.) noch nicht beschrieben worden sind, hinsichtlich relevanter Veränderungen, so fällt auf, dass die GOP 08345 *Zusatzpauschale Onkologie* mit

73,26 Mio. Punkten (entspricht einem Gesamt-Leistungsbedarfsanteil von 1,2%), bei einer Leistungshäufigkeit je 100 Fälle von 2,36, in den Leistungsbedarf der Gynäkologen 2008 eingeht. Diese ist auch fast ausschließlich für den Zuwachs des Leistungsbedarfs im Segment „Diagnostik / Therapie“ (+209,2%) verantwortlich.

Leichte Höherbewertungen der Leistungen 01815 *Untersuchung und Beratung der Wöchnerin* und 01850 *Beratung wegen Sterilisation*, und die für diese, wie auch für die GOP 01820 *Rezepte, Überweisungen, Befundübermittlung* angestiegenen Leistungshäufigkeiten (01815 +30,9%, 01820 +153,0%, 01850 +37,0%) sind für einen Leistungsbedarfszuwachs dieser verantwortlich. Bei der GOP 01820 ist zusätzlich ein Anstieg der Häufigkeit je 100 Fälle von 3,1 auf 7,8 zu beobachten.

### 3.3.15 Hautärzte

#### 3.3.15.1 Eckwerte Gesamt-Zeitraum I-IV- Quartal

Bei den **324 hautärztlichen Praxen** mit Leistungsdaten in beiden Vergleichszeiträumen ist der **Gesamt-Leistungsbedarf** von I-IV.2007 gegenüber I-IV.2008 um insgesamt 16,7% gestiegen. Diese Steigerung resultiert zum einen aus einer **Fallzahlsteigerung** von 3,6% und zum anderen aus einer Zunahme des durchschnittlichen **Leistungsbedarfs je Fall** von 12,6%.

#### 3.3.15.2 Eckwerte Einzelquartale I-IV- Quartal

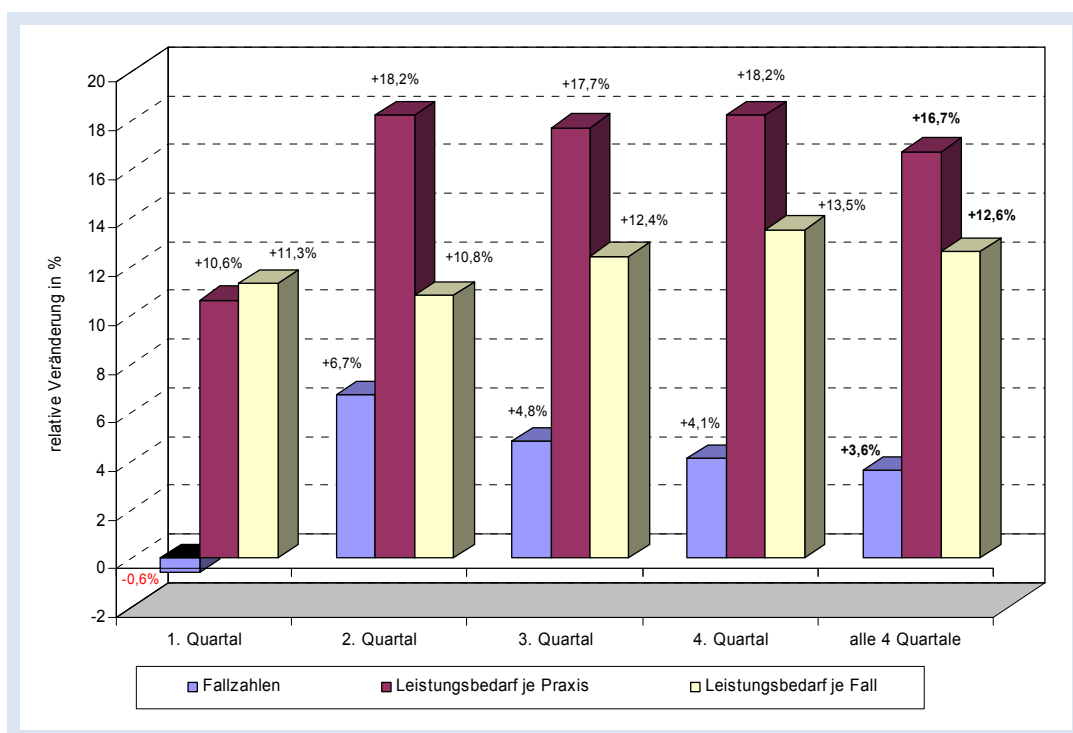


Abbildung 43: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei Hautärzten

Im Vergleich der EBM 2008-Quartale zeigen sich, hinsichtlich des Bewertungseffekts als Veränderung des Leistungsbedarfs je Fall, gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal bei Hautärzten Zunahmen zwischen 10,8% und 13,5% (siehe Abbildung 43). Im vierten Quartal 2008 fällt die Zunahme dabei am höchsten aus, im zweiten Quartal 2008 am niedrigsten. Der Mengeneffekt als Veränderung der Fallzahl ist mit -0,6% beim Vergleich des Zeitraums I.2007 zu I.2008 am geringsten und beim Vergleich II.2007 gegenüber II.2008 mit 6,7% am höchsten.

Die Zunahme der Gesamtleistung bei Hautärzten als Leistungsbedarf je Praxis variiert beim Vergleich der EBM 2008-Quartale gegenüber den Vorjahresquartalen in einer Größenordnung von 10,6% bis 18,2% und ist im ersten Quartal am niedrigsten und im zweiten sowie vierten Quartal am höchsten ausgeprägt (siehe Abbildung 43).

### 3.3.15.3 Leistungsbedarfsveränderung je Fall und Praxisgröße

In 90,4% der Praxen nimmt der Leistungsbedarf je Fall gegenüber dem Vorjahreszeitraum zu. Der Anteil von hautärztlichen Praxen mit einer Leistungsbedarfszunahme je Fall differiert nach Praxisgröße und ist in mittleren Praxen mit 95,4% am stärksten und in großen Praxen mit 87,0% am geringsten ausgeprägt.

### 3.3.15.4 Analyse nach Leistungssegmenten

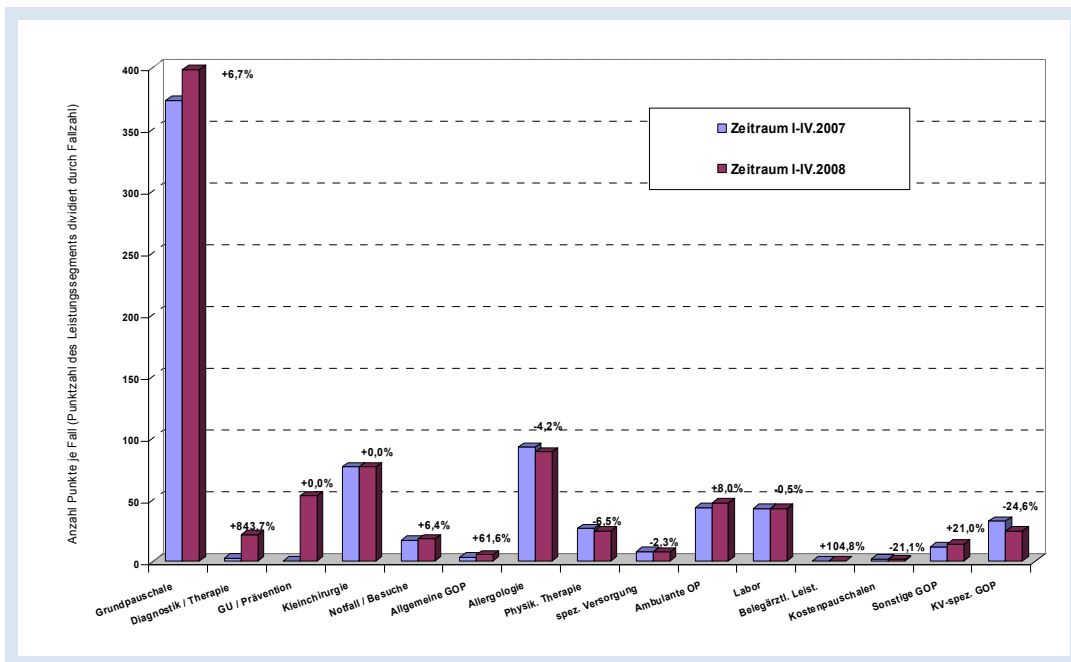


Abbildung 44: Anzahl EBM-Punkte je Fall differenziert nach Leistungssegmenten und deren relative Veränderungen im Vergleich 2007 zu 2008 bei Hautärzten

Die Analyse nach Leistungssegmenten zeigt, dass der Leistungsbedarf bei den Hautärzten hauptsächlich aus den vier Segmenten „Grundpauschale und ihren Teilleistungen“, „Allergologie“, „Kleinchirurgie“ und „GU / Prävention“ besteht (siehe Abbildung 44). Auf diese vier Segmente entfallen im Zeitraum I-IV.2008 74,9% (I-IV.2007 74,3%) des Gesamt-Leistungsbedarfs von Hautärzten.

Die **Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs von 2007 zu 2008** bei den 324 hautärztlichen Praxen um insgesamt **+270,62 Mio. Punkte** ergibt sich aus der **Zunahme von 290,32 Mio. Punkten**, hauptsächlich durch Leistungsbedarfszunahmen der Leistungssegmente „Grundpauschale“, „GU / Prävention“ sowie „Diagnostik / Therapie“, und der **Abnahme von 19,7 Mio. Punkten**, hauptsächlich durch Leistungsbedarfsabnahmen im Leistungssegment „KV-spezifische GOP“ (siehe Abbildung 45).

Bei Hautärzten ist zu berücksichtigen, dass innerhalb des Jahres 2008, unabhängig von der Einführung des EBM-2008, neue GOP im Rahmen der Einführung des Hautkrebs-Screening als neue GKV-Leistung zum dritten Quartal 2008 in den EBM aufgenommen worden sind. Dieses betrifft die GOP 01745 sowie 01746, die in das Leistungssegment „GU / Prävention“ einfließen, und die 10343 und 10344, die dem Leistungssegment „Diagnostik / Therapie“ zugeordnet werden.

Grundsätzlich kann man davon ausgehen, dass durch die Einführung der neuen Hautkrebs-GOP ein Verlagerungseffekt vom Leistungssegment KV-spezifischen GOP zu den Leistungssegmenten „GU / Prävention“ und „Diagnostik / Therapie“ eingetreten ist, da das Hautkrebs-Screening bis einschließlich zweites Quartal 2008 nur über KV-spezifische GOP als KV-Leistung abrechenbar war. Durch die Aufnahme der Leistungen während des Untersuchungszeitraums 2008 ist ein externer Effekt eingetreten, der bei der Interpretation von Effekten durch die Einführung des EBM-2008 zu separieren ist. Dementsprechend wird auf diesen für das Leistungssegment „GU / Prävention“ in der Abbildung 45 graphisch hingewiesen.

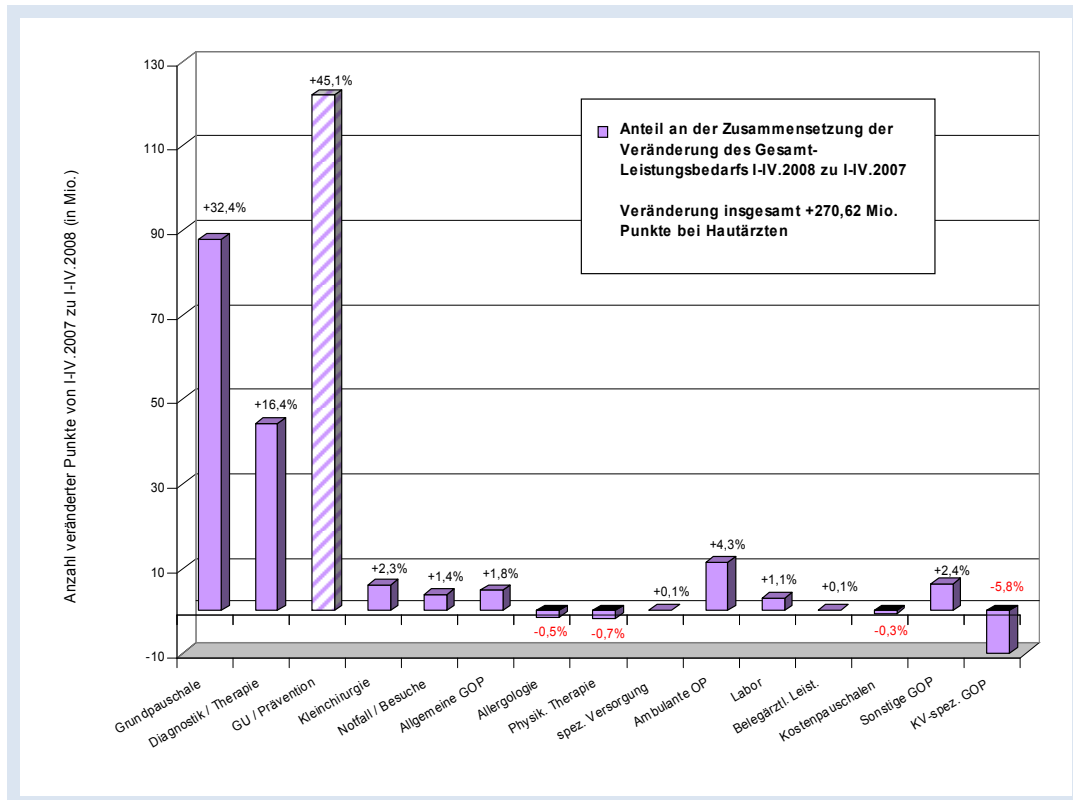


Abbildung 45: Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs in Punkten von 2007 zu 2008 differenziert nach Leistungssegmenten, mit zusätzlichem Ausweis des Anteils an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Hautärzten

Das **Leistungssegment „Grundpauschale“** zeichnet mit einem Anteil an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs von +32,4%. In die GOP für die Grundpauschalen 10210-10212 sind mehrere in 2007 einzeln neben den damaligen Ordinationskomplexen berechenbare GOP eingegangen. Zusätzlich verzeichnen diese einen Anstieg der Leistungshäufigkeit um bis zu 30% (10212) gegenüber 2007.

Das **Leistungssegment „Diagnostik / Therapie“** zeichnet mit einem Anteil an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs von +16,4%. In dieses Segment gehen die seit dem dritten Quartal 2008 neu eingeführte GOP 10343 (Teil-)Exzision einer malignomverdächtigen oder malignen Hautveränderung am Körperstamm oder an den Extremitäten mit Ausnahme der in der Gebührenordnungsposition 10344 genannten Regionen und 10344 (Teil-)Exzision einer kleinen malignomverdächtigen oder malignen Hautveränderung im Kopf-/Gesichtsbereich oder an der Hand sowie die zum ersten Quartal 2008 neu eingeführte GOP 10345 Zusatzpauschale Onkologie ein. Diese bilden in 2008 einen

Leistungsbedarfsanteil von 87,3% dieses Segments (10343 11,77 Mio. Punkte, 10344 7,0 Mio. Punkte, 10345 24,35 Mio. Punkte).

Der für die Hautärzte höchste Anteil an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs entfällt mit +45,1% auf das **Leistungssegment „GU / Prävention“**. In diesem Segment sind ausschließlich die im dritten Quartal 2008 eingeführten GOP 01745 und 01746 zum Hautkrebs-Screening vertreten. Der Leistungsbedarfsanstieg entfällt hier gänzlich auf die GOP 01745, die in 2008, obwohl erst zum dritten Quartal 2008 eingeführt, unter den fünf Top-Leistungen bei Hautärzten zu finden ist.

Das **Leistungssegment „KV-spezifische GOP“** enthält Gebührenordnungspositionen zu KV- und Kassen-spezifischen Vereinbarungen und zeichnet mit einem Anteil von -5,8% an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs. Dies entspricht einem 79,9%igen und somit dem hauptsächlichen Anteil an der Leistungsbedarfsabnahme bei Hautärzten. Dieser Rückgang kann als Segment-Verlagerungseffekt im Rahmen der Einführung neuer Hautkrebs-Screening-GOP interpretiert werden, da Hautkrebs-Screening in der ersten Jahreshälfte 2008 ausschließlich mittels KV-spezifischer GOP abrechenbar war und erst seit dem dritten Quartal mit anderen GOP abgerechnet werden konnte.

#### *3.3.15.5 Top-5 Gebührenordnungspositionen*

Die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen in den Quartalen I-IV.2008 bei Hautärzten sind mit einem Anteil an der Gesamtleistung von zusammen 62,5% (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

10211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr [28,7%]
10212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr [19,0%]
01745	Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs [6,4%]
30111	Allergologiediagnostik II [4,4%]
30110	Allergologiediagnostik I [4,0%]

Zum Vergleich sind in den Quartalen I-IV.2007 die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen, die zusammen 45,0% der Gesamtleistung verur-

sachen (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

10211	Ordinationskomplex 6.- 59. Lebensjahr [16,1%]
10212	Ordinationskomplex ab 60. Lebensjahr [9,3%]
10220	Beratung, Erörterung, Abklärung [8,6%]
10215	Konsultationskomplex [5,7%]
30111	Allergologiediagnostik II [5,3%]

### 3.3.15.6 Analyse nach Gebührenordnungspositionen

Betrachtet man einzelne GOP, die im Rahmen der Analyse nach Leistungssegmenten (s.o.) noch nicht beschrieben worden sind, hinsichtlich relevanter Veränderungen, so fällt auf, dass die GOP 35100 *Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände* eine Zunahme in ihrem Leistungsbedarf um 73,8% verzeichnet. Neben einer leichten Höherbewertung der Leistung (+6,2%) in 2008 begründet hauptsächlich die um 63,7% (von 15.399 auf 25.213) gestiegene Leistungshäufigkeit deren Leistungsbedarfszunahme bei Hautärzten.

Ähnlich verhält es sich mit der GOP 35110 *Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen*. Bei einer Höherbewertung von 6,2% besteht hier ein Anstieg der Leistungshäufigkeit um 81,3% (von 5.976 auf 10.834), was sich im 92,5%igen Anstieg des Leistungsbedarfs dieser GOP bei Hautärzten widerspiegelt.



### 3.3.16 HNO-Ärzte

#### 3.3.16.1 Eckwerte Gesamt-Zeitraum I-IV- Quartal

Bei den **430 HNO-ärztlichen Praxen** mit Leistungsdaten in beiden Vergleichszeiträumen ist der **Gesamt-Leistungsbedarf** von I-IV.2007 gegenüber I-IV.2008 um insgesamt 9,4% gestiegen. Diese Steigerung resultiert zum einen aus einer **Fallzahlsteigerung** von 0,6% und zum anderen aus einer Zunahme des durchschnittlichen **Leistungsbedarfs je Fall** von 8,8%.

#### 3.3.16.2 Eckwerte Einzelquartale I-IV- Quartal

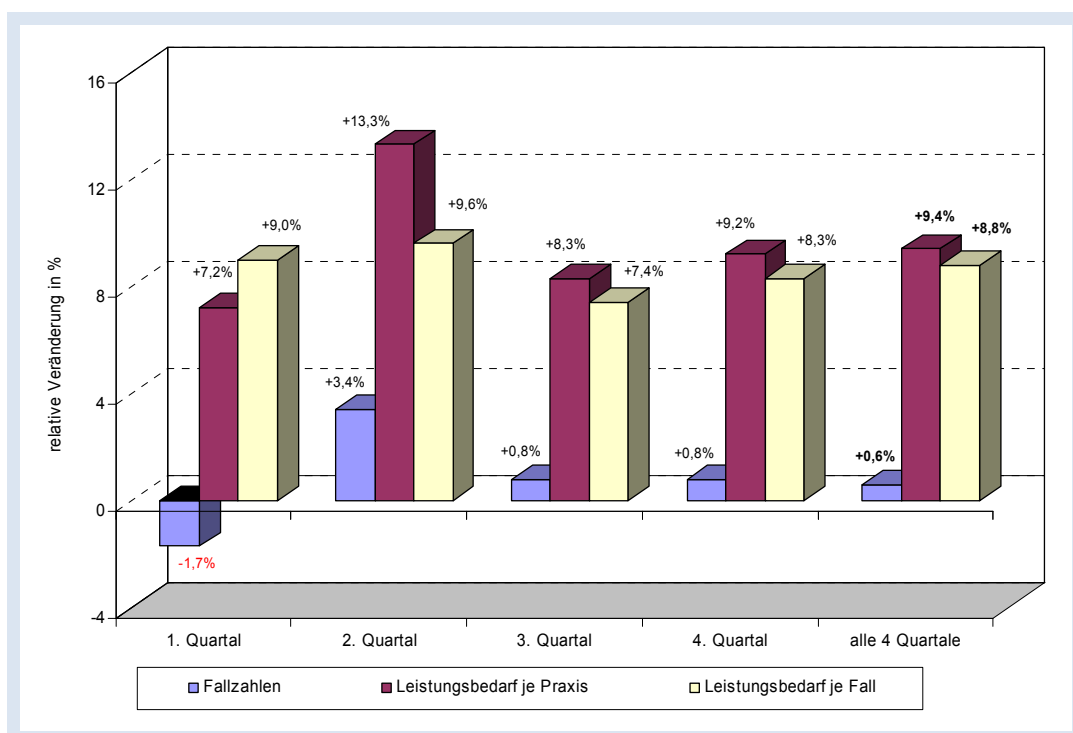


Abbildung 46: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei HNO-Ärzten

Im Vergleich der EBM 2008-Quartale zeigen sich, hinsichtlich des Bewertungseffekts als Veränderung des Leistungsbedarfs je Fall, gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal bei HNO-Ärzten Zunahmen zwischen 7,4% und 9,6% (siehe Abbildung 46). Im zweiten Quartal 2008 fällt die Zunahme dabei am höchsten aus, im dritten Quartal 2008 am niedrigsten. Der Mengeneffekt als Veränderung der Fallzahl ist mit -1,7% beim Vergleich des Zeitraums I.2007 zu I.2008 am geringsten und beim Vergleich II.2007 gegenüber II.2008 mit 3,4% am höchsten.

Die Zunahme der Gesamtleistung bei HNO-Ärzten als Leistungsbedarf je Praxis variiert beim Vergleich der EBM 2008-Quartale gegenüber den Vorjahresquartalen in einer Größenordnung von 7,2% bis 13,3% und ist im ersten Quartal am niedrigsten und im zweiten Quartal am höchsten ausgeprägt (siehe Abbildung 46).

### 3.3.16.3 Leistungsbedarfsveränderung je Fall und Praxisgröße

In 90,0% der Praxen nimmt der Leistungsbedarf je Fall gegenüber dem Vorjahreszeitraum zu. Der Anteil von HNO-ärztlichen Praxen mit einer Leistungsbedarfszunahme je Fall differiert nach Praxisgröße und ist in mittleren Praxen mit 91,0% am stärksten und in kleinen Praxen mit 88,1% am geringsten ausgeprägt.

### 3.3.16.4 Analyse nach Leistungssegmenten

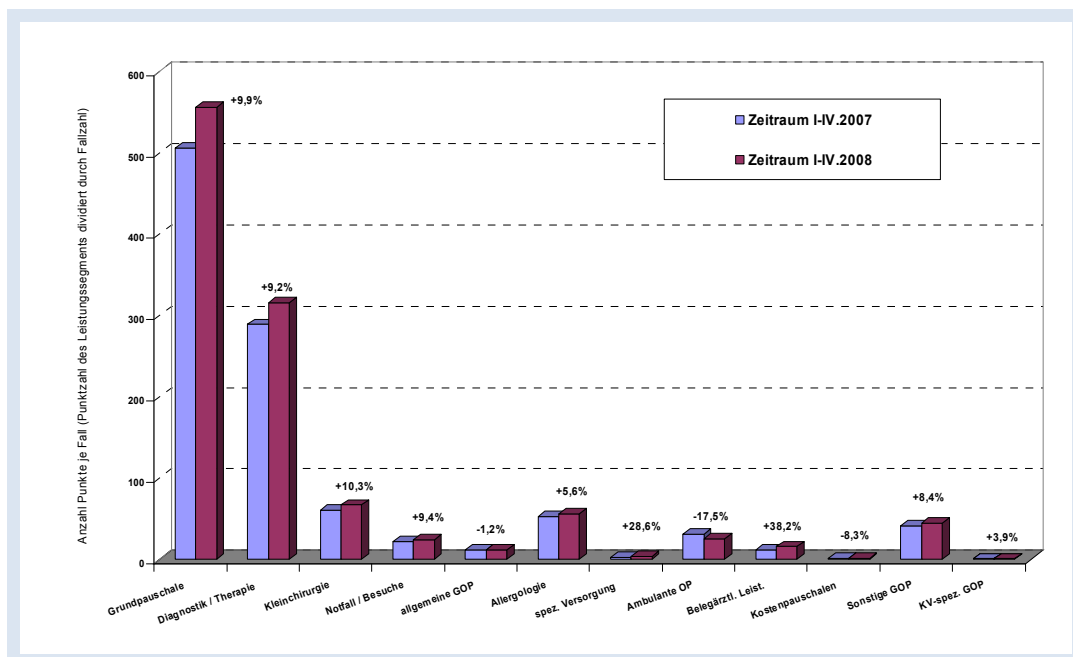


Abbildung 47: Anzahl EBM-Punkte je Fall differenziert nach Leistungssegmenten und deren relative Veränderungen im Vergleich 2007 zu 2008 bei HNO-Ärzten

Die Analyse nach Leistungssegmenten zeigt, dass der Leistungsbedarf bei den HNO-Ärzten hauptsächlich aus den zwei Segmenten „Grundpauschale und ihren Teilleistungen“ und „Diagnostik / Therapie“ besteht (siehe Abbildung 47). Auf diese entfallen im Zeitraum I-IV.2008 77,7% (I-IV.2007 77,1%) des Gesamt-Leistungsbedarfs von HNO-Ärzten.

Die **Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs von 2007 zu 2008** bei den 430 HNO-ärztlichen Praxen um insgesamt **+218,15 Mio. Punkte** ergibt sich aus der **Zunahme von 230,45 Mio. Punkten**, hauptsächlich durch Leistungsbedarfszunahmen der Leistungssegmente „Grundpauschale“, „Diagnostik / Therapie“ sowie „Kleinchirurgie“, und der **Abnahme von 12,3 Mio. Punkten**, hauptsächlich durch Leistungsbedarfsabnahmen im Leistungssegment „Ambulante OP“ (siehe Abbildung 48).

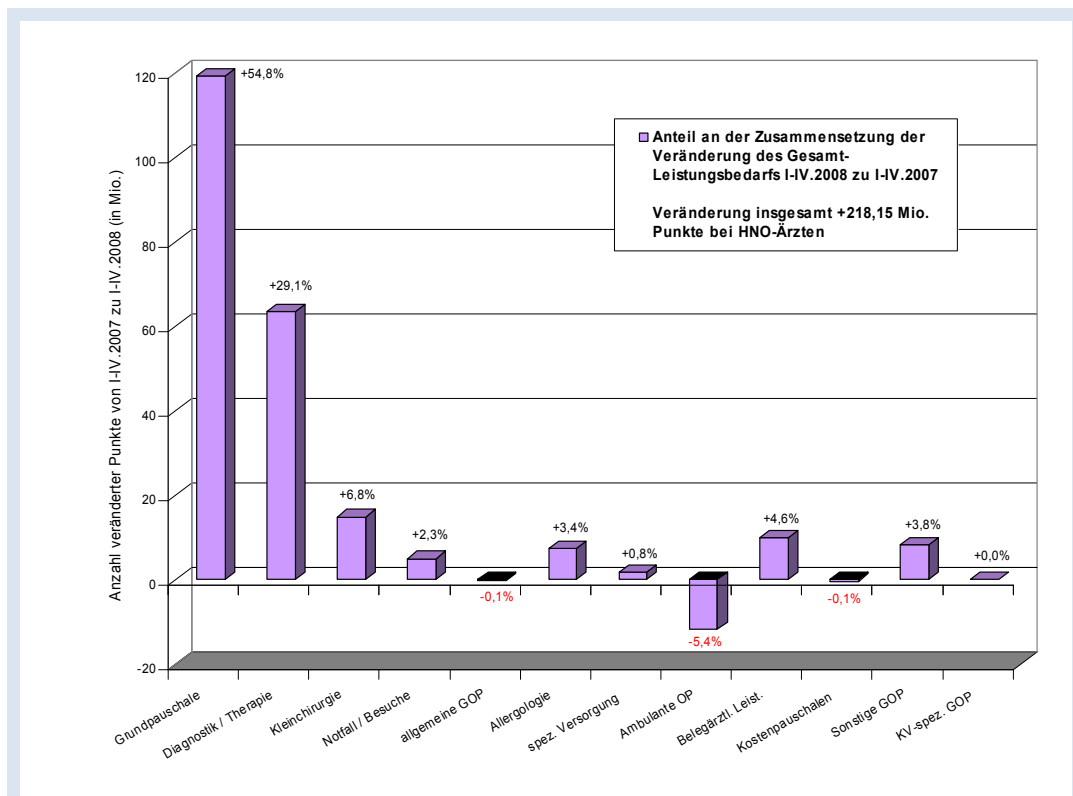


Abbildung 48: Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs in Punkten von 2007 zu 2008 differenziert nach Leistungssegmenten, mit zusätzlichem Ausweis des Anteils an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei HNO-Ärzten

Der für die HNO-Ärzte größte Anteil an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs entfällt mit **+54,8%** auf das **Leistungssegment „Grundpauschale“**. In die GOP für die Grundpauschalen 09210-09212 sind mehrere in 2007 einzeln neben den damaligen Ordinationskomplexen berechenbare GOP eingegangen. Zusätzlich verzeichnen diese einen Anstieg der Leistungshäufigkeit um bis zu 24,3% (09210) gegenüber 2007.

Das **Leistungssegment „Diagnostik / Therapie“** zeichnet mit einem Anteil von **+29,1%** an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-

Leistungsbedarfs. Die drei Top-GOP des Segments 09320 *Tonschwellenaudiometrie*, 09311 *Lupenlaryngoskopie* und 09323 *Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln*, mit einem Anteil von 74,5% (75,1% in 2007) am Leistungsbedarf des Segments, erfuhren in 2008 eine Höherbewertung. Ein nennenswerter Anstieg der Leistungshäufigkeit (+7,5%) und Leistungshäufigkeit je 100 Fälle (von 36,0 auf 38,5) ist unter diesen drei GOP nur bei der 09311 zu beobachten.

Die in 2008 neu eingeführte GOP 09345 *Zusatzpauschale Onkologie* geht mit 4,5 Mio. Punkten, bei einem Anteil von 0,2% am Gesamt-Leistungsbedarf der HNO-Ärzte, in das Segment „Diagnostik / Therapie“ ein.

Das **Leistungssegment „Kleinchirurgie“** zeichnet mit einem Anteil von +6,8% an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs. Die GOP 09361 *Kleinchirurgischer Eingriff II im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich und/oder primäre Wundversorgung im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich* und 09360 *Kleinchirurgischer Eingriff I im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich*, zusammen mit einem 83,3%igen Anteil (83,4% in 2007) am Leistungsbedarf des Segments, erfuhren in 2008 eine Höherbewertung. Daneben begründet ein Anstieg der Leistungshäufigkeit (09361 +2,1%, 09360 +19,2%) den gewachsenen Leistungsbedarf dieses Segments.

Der Anteil von -5,4% an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs im **Leistungssegment „Ambulante OP“** begründet sich in den gesunkenen Leistungshäufigkeiten des überwiegenden Anteils der GOP dieses Segments.

### 3.3.16.5 Top-5 Gebührenordnungspositionen

Die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen in den Quartalen I-IV.2008 bei HNO-Ärzten sind mit einem Anteil an der Gesamtleistung von zusammen 67,4% (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

09211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr [27,9%]
09212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr [18,5%]
09320	Tonschwellenaudiometrie [9,1%]
09311	Lupenlaryngoskopie [7,4%]
09323	Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln [4,4%]

Zum Vergleich sind in den Quartalen I-IV.2007 die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen, die zusammen 50,0% der Gesamtleistung verursachen (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

09211	Ordinationskomplex 6.- 59. Lebensjahr [17,1%]
09212	Ordinationskomplex ab 60. Lebensjahr [11,9%]
09320	Tonschwellenaudiometrie [9,7%]
09311	Lupenlaryngoskopie [6,8%]
09323	Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln [4,5%]

#### *3.3.16.6 Analyse nach Gebührenordnungspositionen*

Betrachtet man einzelne GOP, die im Rahmen der Analyse nach Leistungssegmenten (s.o.) noch nicht beschrieben worden sind, hinsichtlich relevanter Veränderungen, so fällt auf, dass die GOP 33010 *Nasennebenhöhlen-Sonographie*, bei einer Zunahme der Leistungshäufigkeit um 6,4%, mit 58,32 Mio. Punkten (+13,0%) in den Leistungsbedarf 2008 eingeht. Dies entspricht einem +81,1%igen Anteil an der Veränderung des Leistungsbedarfs im Segment „Sonstige GOP“ bei den HNO-Ärzten.

Die GOP 35100 *Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände* und 35110 *Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen* verzeichnen einen Anstieg der Leistungshäufigkeit. Dieser beträgt bei annähernd gleicher Leistungshäufigkeit je 100 Fälle für die GOP 35100 mit +34,3% (von 8.076 auf 10.848) und die GOP 35110 +88,5% (von 3.188 auf 6.009). Dies und die Höherbewertung in 2008 begründen den Anstieg des Leistungsbedarfs beider Leistungen (35100 +42,6%, 35110 +100,1%) bei den HNO-ärztlichen Praxen.

### 3.3.17 Kinder-/Jugendlichen-Psychotherapeuten

#### 3.3.17.1 Eckwerte Gesamt-Zeitraum I-IV- Quartal

Bei den **226 Praxen der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie** mit Leistungsdaten in beiden Vergleichszeiträumen ist der **Gesamt-Leistungsbedarf** von I-IV.2007 gegenüber I-IV.2008 um insgesamt 22,9% gestiegen. Diese Steigerung resultiert zum einen aus einer **Fallzahlsteigerung** von 7,6% und zum anderen aus einer Zunahme des durchschnittlichen **Leistungsbedarfs je Fall** von 14,1%.

#### 3.3.17.2 Eckwerte Einzelquartale I-IV- Quartal

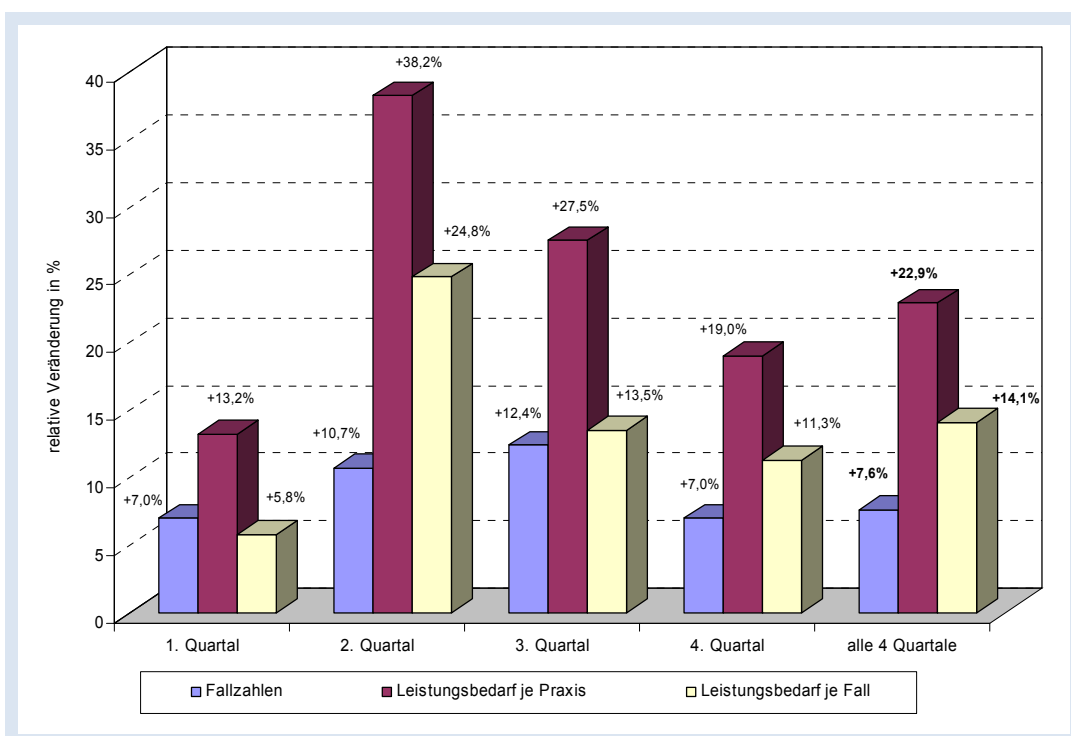


Abbildung 49: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten

Im Vergleich der EBM 2008-Quartale zeigen sich, hinsichtlich des Bewertungseffekts als Veränderung des Leistungsbedarfs je Fall, gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal Zunahmen zwischen 5,8% und 24,8% (siehe Abbildung 49). Im zweiten Quartal 2008 fällt die Zunahme dabei am höchsten aus, im ersten Quartal 2008 am niedrigsten. Der Mengeneffekt als Veränderung der Fallzahl ist mit 7,0% beim Vergleich des Zeitraums II und IV.2007 zu II und IV.2008 am geringsten und beim Vergleich III.2007 gegenüber III.2008 mit 12,4% am höchsten.

Die Veränderung der Gesamtleistung als Leistungsbedarf je Praxis variiert beim Vergleich der EBM 2008-Quartale gegenüber den Vorjahresquartalen in einer Größenordnung von 13,2% bis 38,2% und ist im ersten Quartal am niedrigsten und im zweiten Quartal am höchsten ausgeprägt (siehe Abbildung 49).

### 3.3.17.3 Leistungsbedarfsveränderung je Fall und Praxisgröße

In 87,2% der Praxen nimmt der Leistungsbedarf je Fall gegenüber dem Vorjahreszeitraum zu. Leistungsbedarfsveränderung je Fall und Praxisgröße sind bei den Praxen der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie positiv korreliert. Das heißt mit zunehmender Praxisgröße steigt in dieser Fachgruppe der Anteil von Praxen mit einer Leistungsbedarfszunahme je Fall: bei kleineren Praxen beträgt er 79,7% und bei größeren Praxen 92,0%.

### 3.3.17.4 Top-5 Gebührenordnungspositionen

Die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen in den Quartalen I–IV.2008 bei den Praxen der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie sind mit einem Anteil an der Gesamtleistung von zusammen 83,0% (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

35200	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung) [25,4%]
35201	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung) [20,4%]
35210	Analytische Psychotherapie (Einzelbehandlung) [16,5%]
35220	Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung) [10,9%]
35150	Probatorische Sitzung [9,9%]

Zum Vergleich sind in den Quartalen I–IV.2007 die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen, die zusammen 80,7% der Gesamtleistung verursachen (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

35200	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung) [24,1%]
35201	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung) [20,2%]

35210	Analytische Psychotherapie (Einzelbehandlung) [17,0%]
35150	Probatorische Sitzung [10,6%]
35220	Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung) [8,8%]

Insbesondere in den Leistungsbedarfssteigerungen der fünf Top-Leistungen in 2008 (35200 +29,4%, 35201 +23,9%, 35210 +19,0%, 35220 +52,2%, 35150 +14,6%) begründet sich der Gesamt-Leistungsbedarfsanstieg bei den Praxen der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. Neben größtenteils höheren Leistungshäufigkeiten (35200 +10,2%, 35201 +5,7%, 35210 +1,4%, 35220 +28,9%, 35150 -2,4%), bei größtenteils gesunkenen Häufigkeiten je 100 Fälle (35200 +2,4%, 35201 -1,8%, 35210 -5,8%, 35220 +19,7%, 35150 -9,3%), zeichnen Höherbewertungen der fünf Leistungen in 2008 (alle fünf GOP +17,4%) für deren angestiegenen Leistungsbedarf.



### 3.3.18 Kinder- und Jugendpsychiater

#### 3.3.18.1 Eckwerte Gesamt-Zeitraum I-IV- Quartal

Bei den **65 Praxen der Kinder- und Jugendpsychiater** mit Leistungsdaten in beiden Vergleichszeiträumen ist der **Gesamt-Leistungsbedarf** von I-IV.2007 gegenüber I-IV.2008 um insgesamt 14,0% gestiegen. Diese Steigerung resultiert zum einen aus einer **Fallzahlsteigerung** von 6,6% und zum anderen aus einer Zunahme des durchschnittlichen **Leistungsbedarfs je Fall** von 7,0%.

#### 3.3.18.2 Eckwerte Einzelquartale I-IV- Quartal

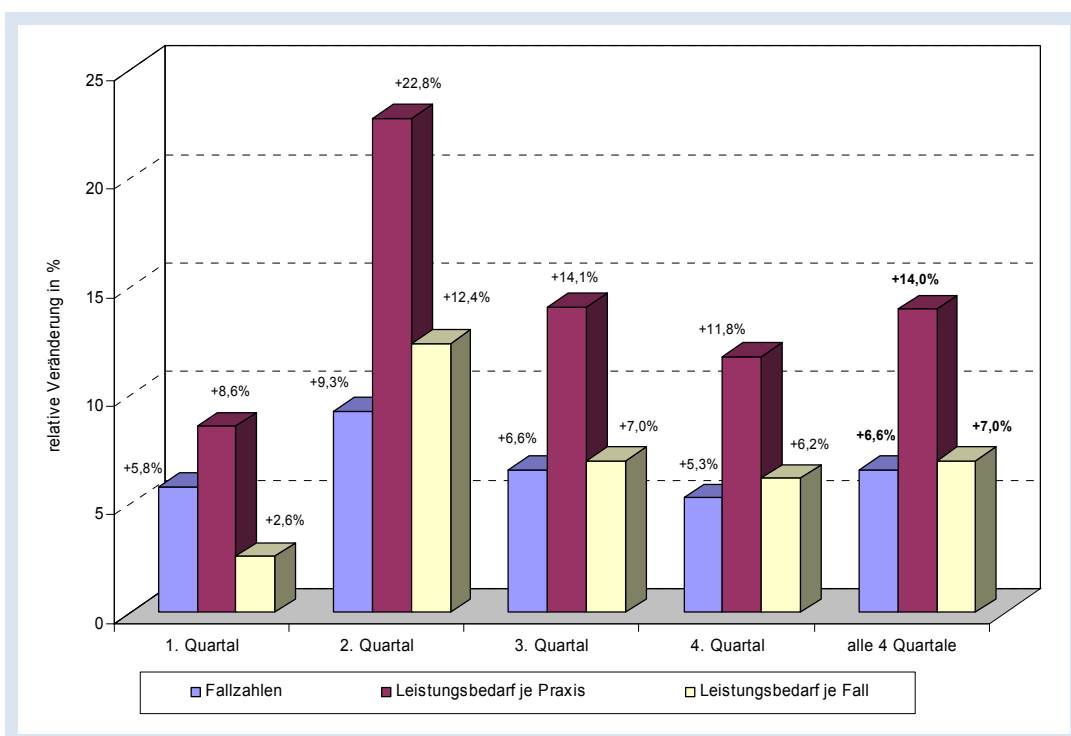


Abbildung 50: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei Kinder- und Jugendpsychiatern

Im Vergleich der EBM 2008-Quartale zeigen sich, hinsichtlich des Bewertungseffekts als Veränderung des Leistungsbedarfs je Fall, gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal bei Kinder- und Jugendpsychiatern Zunahmen zwischen 2,6% und 12,4% (siehe Abbildung 50). Im zweiten Quartal 2008 fällt die Zunahme dabei am höchsten aus, im ersten Quartal 2008 am niedrigsten. Der Mengeneffekt als Veränderung der Fallzahl ist mit 5,3% beim Vergleich des Zeitraums IV.2007

zu IV.2008 am geringsten und beim Vergleich II.2007 gegenüber II.2008 mit 9,3% am höchsten.

Die Veränderung der Gesamtleistung als Leistungsbedarf je Praxis variiert beim Vergleich der EBM 2008-Quartale gegenüber den Vorjahresquartalen in einer Größenordnung von 8,6% bis 22,8% und ist im ersten Quartal am niedrigsten und im zweiten Quartal am höchsten ausgeprägt (siehe Abbildung 50).

### *3.3.18.3 Leistungsbedarfsveränderung je Fall und Praxisgröße*

In 80,0% der Praxen nimmt der Leistungsbedarf je Fall gegenüber dem Vorjahreszeitraum zu. Leistungsbedarfsveränderung je Fall und Praxisgröße sind bei den Praxen der Kinder- und Jugendpsychiatrie positiv korreliert. Das heißt mit zunehmender Praxisgröße steigt in dieser Fachgruppe der Anteil von Praxen mit einer Leistungsbedarfszunahme je Fall: bei kleineren Praxen beträgt er 71,4% und bei größeren Praxen 90,9%.

### *3.3.18.4 Top-5 Gebührenordnungspositionen*

Die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen in den Quartalen I-IV.2008 bei den Praxen der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind mit einem Anteil an der Gesamtleistung von zusammen 83,9% (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

88895	Sozialpsychiatrievereinbarung Kinder/Jugendliche [35,2%]
14220	Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung) [22,5%]
14211	Grundpauschale ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 21. Lebensjahr [10,4%]
14310	Funktionelle Entwicklungstherapie (Einzelbehandlung) [8,0%]
14222	Anleitung Bezugs- oder Kontaktperson [7,9%]

Zum Vergleich sind in den Quartalen I-IV.2007 die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen, die zusammen 80,1% der Gesamtleistung verursachen (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

88895	Sozialpsychiatrievereinbarung Kinder/Jugendliche [36,0%]
-------	--

14220	Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung) [24,4%]
14222	Anleitung Bezugs- oder Kontaktperson [7,7%]
14211	Ordinationskomplex ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 21. Lebensjahr [6,2%]
14310	Funktionelle Entwicklungstherapie (Einzelbehandlung) [5,8%]

Insbesondere in den Leistungsbedarfssteigerungen der fünf Top-Leistungen in 2008 (88895 +11,4%, 14220 +5,1%, 14211 +89,2%, 14310 +57,7%, 14222 +18,0%) begründet sich der Gesamt-Leistungsbedarfsanstieg bei den Praxen der Kinder- und Jugendpsychotherapie. Neben größtenteils höheren Leistungshäufigkeiten (88895 +11,4%, 14220 -5,9%, 14211 +45,8%, 14310 +6,2%, 14222 +8,7%), bei größtenteils gestiegenen Häufigkeiten je 100 Fälle (88895 +4,5%, 14220 -11,7%, 14211 +36,8%, 14310 -0,4%, 14222 +2,0%), zeichnen Höherbewertungen der Leistungen (14220 (+11,6%), 14211 (+29,7%), 14310 (+48,5%), und 14222 (+8,5%)) für deren angestiegenen Leistungsbedarf.

### 3.3.19 MKG-Chirurgen

#### 3.3.19.1 Eckwerte Gesamt-Zeitraum I-IV- Quartal

Es gilt zu beachten, dass die Ergebnisse der Begleitstudie für die Fachgruppe der Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen eingeschränkt valide sind, da für diese unterschiedliche Möglichkeiten der Leistungsabrechnung bestehen (über kassenärztliche sowie kassenzahnärztliche Vereinigungen) und für die Begleitstudie nur kassenärztliche Abrechnungsdaten zur Verfügung stehen (vergleiche Abschnitt 1.4).

Bei den **92 Praxen der Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie** mit Leistungsdaten in beiden Vergleichszeiträumen ist der **Gesamt-Leistungsbedarf** von I-IV.2007 gegenüber I-IV.2008 um insgesamt 9,5% gestiegen. Diese Steigerung resultiert zum einen aus einer **Fallzahlsteigerung** von 1,5% und zum anderen aus einer Zunahme des durchschnittlichen **Leistungsbedarfs je Fall** von 7,8%.

#### 3.3.19.2 Eckwerte Einzelquartale I-IV- Quartal

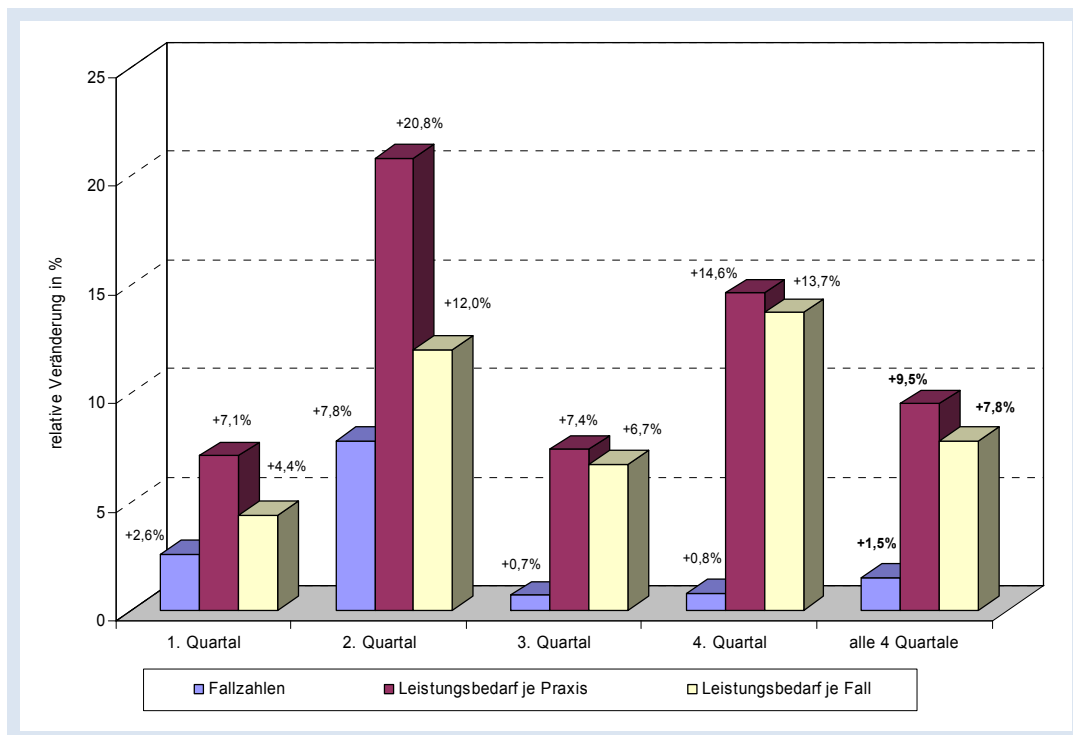


Abbildung 51: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen

Im Vergleich der EBM 2008-Quartale zeigen sich, hinsichtlich des Bewertungseffekts als Veränderung des Leistungsbedarfs je Fall, gegenüber dem jeweiligen

Vorjahresquartal bei Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen Zunahmen zwischen 4,4% und 13,7% (siehe Abbildung 51). Im vierten Quartal 2008 fällt die Zunahme dabei am höchsten aus, im ersten Quartal 2008 am niedrigsten. Der Mengeneffekt als Veränderung der Fallzahl ist mit 0,7% beim Vergleich des Zeitraums III.2007 zu III.2008 am geringsten und beim Vergleich II.2007 gegenüber II.2008 mit 7,8% am höchsten.

Die Veränderung der Gesamtleistung als Leistungsbedarf je Praxis variiert beim Vergleich der EBM 2008-Quartale gegenüber den Vorjahresquartalen in einer Größenordnung von 7,1% bis 20,8% und ist im ersten Quartal am niedrigsten und im zweiten Quartal am höchsten ausgeprägt (siehe Abbildung 51).

### *3.3.19.3 Leistungsbedarfsveränderung je Fall und Praxisgröße*

In 58,7% der Praxen nimmt der Leistungsbedarf je Fall gegenüber dem Vorjahreszeitraum zu. Der Anteil von Praxen der Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie mit einer Leistungsbedarfszunahme je Fall differiert nach Praxisgröße und ist in großen Praxen mit 67,7% am stärksten und in mittleren Praxen mit 51,6% am geringsten ausgeprägt.

### *3.3.19.4 Top-5 Gebührenordnungspositionen*

Die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen in den Quartalen I-IV.2008 bei den Praxen der Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie sind mit einem Anteil an der Gesamtleistung von zusammen 46,0% (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

31222	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M2 [12,8%]
31223	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M3 [11,7%]
31102	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2 [7,6%]
31504	Postoperative Überwachung 4 [7,1%]
31103	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3 [6,9%]

Zum Vergleich sind in den Quartalen I-IV.2007 die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen, die zusammen 49,1% der Gesamtleistung verursachen (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

31223	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M3 [14,5%]
31222	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M2 [12,3%]
31102	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2 [8,2%]
31504	Postoperative Überwachung 4 [7,1%]
31221	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M1 [7,0%]

Insbesondere die Leistungsbedarfssteigerungen der GOP 15211 *Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr*, 15212 *Grundpauschale ab 60. Lebensjahr* und 31103 *Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3*, bei einem Anstieg der Leistungshäufigkeit absolut (15211 +29,2%, 15212 +37,9%, 31103 +45,9%) sowie relativ je 100 Fälle (15211 +27,2%, 15212 +35,9%, 31103 +43,7%), zeichnen für die Steigerung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei den Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen.

### 3.3.20 Nervenärzte

#### 3.3.20.1 Eckwerte Gesamt-Zeitraum I-IV- Quartal

Bei den **165 nervenärztlichen Praxen** mit Leistungsdaten in beiden Vergleichszeiträumen ist der **Gesamt-Leistungsbedarf** von I-IV.2007 gegenüber I-IV.2008 um insgesamt 17,5% gestiegen. Diese Steigerung resultiert zum einen aus einer **Fallzahlsteigerung** von 2,4% und zum anderen aus einer Zunahme des durchschnittlichen **Leistungsbedarfs je Fall** von 14,7%.

#### 3.3.20.2 Eckwerte Einzelquartale I-IV- Quartal

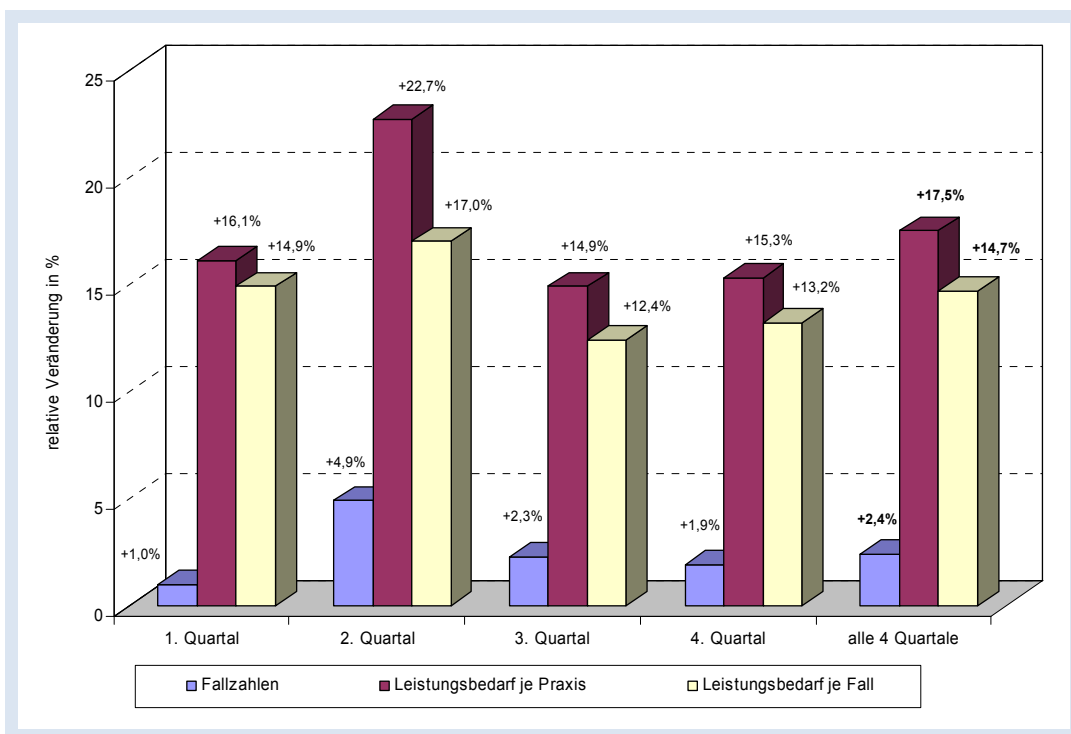


Abbildung 52: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei Nervenärzten

Im Vergleich der EBM 2008-Quartale zeigen sich, hinsichtlich des Bewertungseffekts als Veränderung des Leistungsbedarfs je Fall, gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal bei Nervenärzten Zunahmen zwischen 12,4% und 17,0% (siehe Abbildung 52). Im zweiten Quartal 2008 fällt die Zunahme dabei am höchsten aus, im dritten Quartal 2008 am niedrigsten. Der Mengeneffekt als Veränderung der Fallzahl ist mit 1,0% beim Vergleich des Zeitraums I.2007 zu I.2008 am geringsten und beim Vergleich II.2007 gegenüber II.2008 mit 4,9% am höchsten.

Die Veränderung der Gesamtleistung bei Hausarzt-Internisten als Leistungsbedarf je Praxis variiert beim Vergleich der EBM 2008-Quartale gegenüber den Vorjahresquartalen in einer Größenordnung von 14,9% bis 22,7% und ist im dritten Quartal am niedrigsten und im zweiten Quartal am höchsten ausgeprägt (siehe Abbildung 52).

### 3.3.20.3 Leistungsbedarfsveränderung je Fall und Praxisgröße

In 94,5% der Praxen nimmt der Leistungsbedarf je Fall gegenüber dem Vorjahreszeitraum zu. Leistungsbedarfsveränderung je Fall und Praxisgröße sind bei Nervenärzten positiv korreliert. Das heißt mit zunehmender Praxisgröße steigt in dieser Fachgruppe der Anteil von Praxen mit einer Leistungsbedarfszunahme je Fall: bei kleineren Praxen beträgt er 90,9% und bei großen Praxen 98,2%.

### 3.3.20.4 Analyse nach Leistungssegmenten

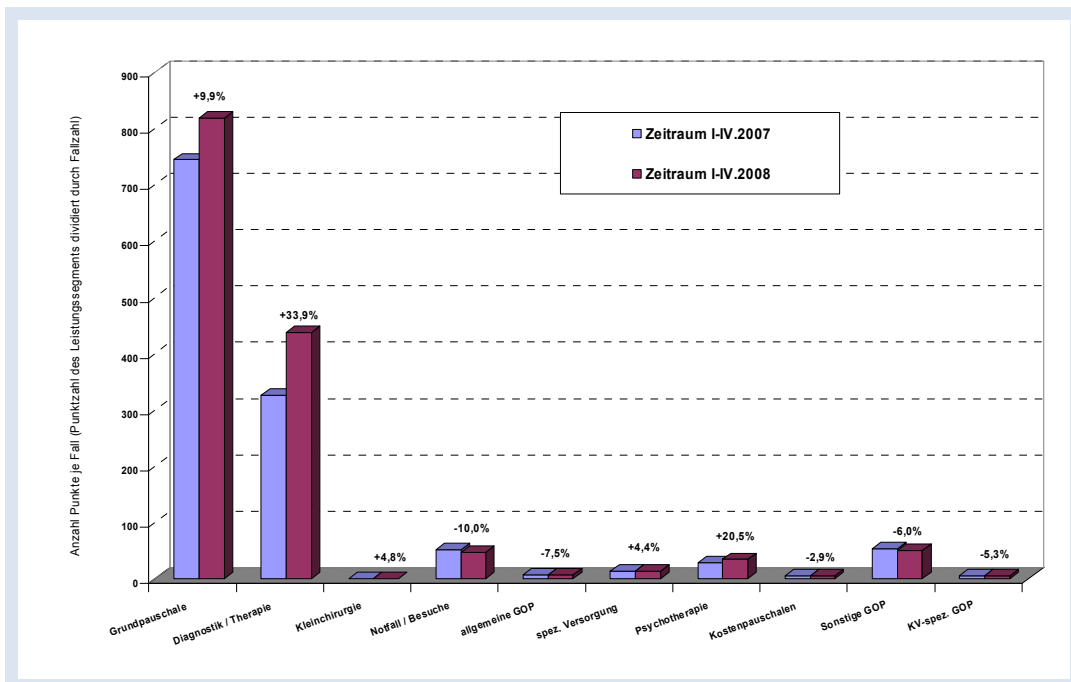


Abbildung 53: Anzahl EBM-Punkte je Fall differenziert nach Leistungssegmenten und deren relative Veränderungen im Vergleich 2007 zu 2008 bei Nervenärzten

Die Analyse nach Leistungssegmenten zeigt, dass der Leistungsbedarf bei den Nervenärzten im Wesentlichen aus den zwei Segmenten „Grundpauschale und ihren Teilleistungen“ und „Diagnostik / Therapie“ besteht (siehe Abbildung 53).



Auf diese zwei Segmente entfallen im Zeitraum I-IV.2008 88,7% (I-IV.2007 86,9%) des Gesamt-Leistungsbedarfs.

Die **Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs von 2007 zu 2008** bei den 165 nervenärztlichen Praxen um insgesamt **+135,37 Mio. Punkte** ergibt sich aus der **Zunahme von 139,45 Mio. Punkten**, hauptsächlich durch Leistungsbedarfszunahmen der Leistungssegmente „Grundpauschale“ und „Diagnostik / Therapie“, sowie der **Abnahme von 4,08 Mio. Punkten**, hauptsächlich im Leistungssegment „Notfall / Besuche“ begründet (siehe Abbildung 54).

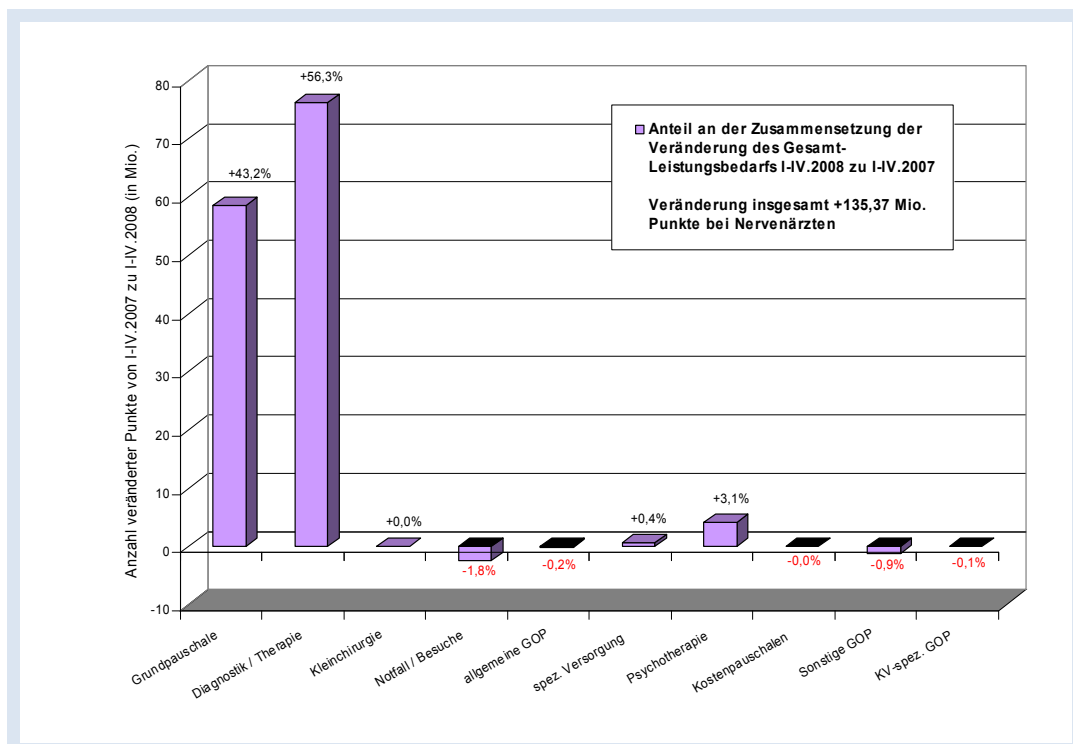


Abbildung 54: Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs in Punkten von 2007 zu 2008 differenziert nach Leistungssegmenten, mit zusätzlichem Ausweis des Anteils an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Nervenärzten

Das **Leistungssegment „Grundpauschale“** zeichnet mit einem Anteil von +43,2% an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs. Der Leistungsbedarf dieses Segments ergibt sich zu 59,9% (2007 42,9%) aus den GOP 21211 Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr und 21212 Grundpauschale ab 60. Lebensjahr. Diese Pauschalen enthalten mehrere in 2007 einzeln neben den damaligen Ordinationskomplexen berechenbare GOP. Zusätzlich verzeichnen diese einen Anstieg der Leistungshäufigkeit absolut (21211 +2,7%, 21212 +4,5%), bei

annähernd gleicher Leistungshäufigkeit je 100 Fälle, was zu einem Gesamt-Leistungsbedarfsanteil von insgesamt 34,7% für beide GOP (2007 29,2%) führt.

Bei der GOP 21220 *Psychiatrisches Gespräch, Psychiatrische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung* kommt es durch Höherbewertung (+11,6%) in 2008 zu einer Steigerung deren Leistungsbedarfs. Die in 2008 neu eingeführte GOP 21222 *Beratung, Erörterung und/oder Abklärung* geht mit einem 4,5%igen Anteil in den Gesamt-Leistungsbedarf der Nervenärzte ein. In ihr ist hauptsächlich der Anstieg im Leistungssegment „Grundpauschale“ begründet, an dem sie mit einem Anteil an der Veränderung des Leistungsbedarfs von +70,5% zeichnet.

Den größten Anteil an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Nervenärzten trägt mit +56,3% das **Leistungssegment „Diagnostik / Therapie“**. Der Anstieg der Leistungshäufigkeit einzelner GOP in 2008; u.a. 16233, 16322, 21216, 21230, 21233, und deren Höherbewertung begründen den Anstieg des Leistungsbedarfs innerhalb des Segments und dessen am Gesamt-Leistungsbedarf. Mit einem Anstieg der Leistungshäufigkeit von +210,0% und des Leistungsbedarfs von +229,5%, bildet die GOP 16233 *Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems und/oder des peripheren Nervensystems in der häuslichen und/oder familiären Umgebung* den Ausreißer innerhalb der einzelnen Leistungen, mit einem +39,6%igen Anteil an der Veränderung des Leistungsbedarfs in diesem Segment.

Der Anteil von -1,8% an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs im **Leistungssegment „Notfall / Besuche“** begründet sich hauptsächlich in einer Abnahme der Leistungshäufigkeit (-71,0%) der GOP 01430 *Verwaltungskomplex*, u.a. durch Änderung der Abrechnungsbestimmungen für diese Leistung in 2008.

### 3.3.20.5 Top-5 Gebührenordnungspositionen

Die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen in den Quartalen I-IV.2008 bei Nervenärzten sind mit einem Anteil an der Gesamtleistung von zusammen 62,2% (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

21220	Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung) [18,2%]
21212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr [17,9%]

21211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr [16,4%]
16233	Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems und/oder des peripheren Nervensystems in der häuslichen und/oder familiären Umgebung [4,8%]
21222	Beratung, Erörterung, Abklärung [4,5%]

Zum Vergleich sind in den Quartalen I-IV.2007 die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen, die zusammen 57,4% der Gesamtleistung verursachen (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

21220	Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung) [19,1%]
21212	Ordinationskomplex ab 60. Lebensjahr [15,0%]
21211	Ordinationskomplex 6.- 59. Lebensjahr [14,2%]
16220	Beratung, Erörterung, Abklärung [5,0%]
01601	Individueller Arztbrief [4,1%]

### *3.3.20.6 Analyse nach Gebührenordnungspositionen*

Neben den in der Analyse nach Leistungssegmenten (s.o.) beschriebenen relevanten Veränderungen sind bei den Nervenärzten keine Auffälligkeiten bezogen auf weitere GOP festzustellen.

### 3.3.21 Neurologen

#### 3.3.21.1 Eckwerte Gesamt-Zeitraum I-IV- Quartal

Bei den **29 neurologischen Praxen** mit Leistungsdaten in beiden Vergleichszeiträumen ist der **Gesamt-Leistungsbedarf** von I-IV.2007 gegenüber I-IV.2008 um insgesamt 22,9% gestiegen. Diese Steigerung resultiert zum einen aus einer **Fallzahlsteigerung** von 4,2% und zum anderen aus einer Zunahme des durchschnittlichen **Leistungsbedarfs je Fall** von 17,9%.

#### 3.3.21.2 Eckwerte Einzelquartale I-IV- Quartal

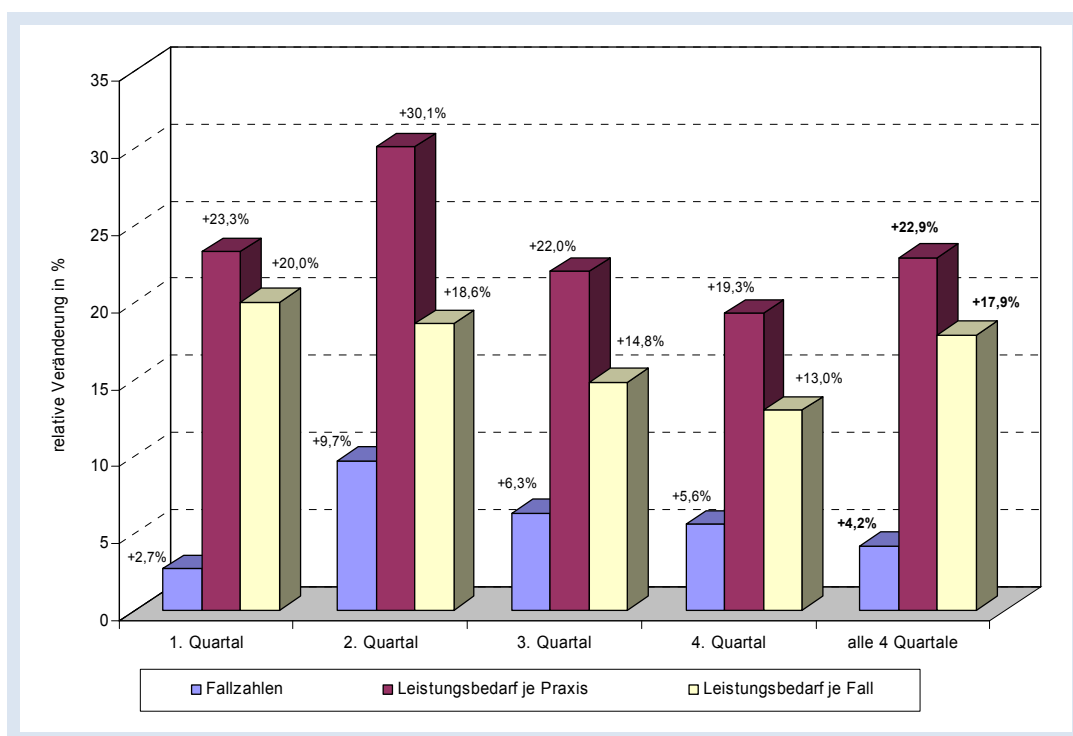


Abbildung 55: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei Neurologen

Im Vergleich der EBM 2008-Quartale zeigen sich, hinsichtlich des Bewertungseffekts als Veränderung des Leistungsbedarfs je Fall, gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal bei Neurologen Zunahmen zwischen 13,0% und 20,0% (siehe Abbildung 55). Im ersten Quartal 2008 fällt die Zunahme dabei am höchsten aus, im vierten Quartal 2008 am niedrigsten. Der Mengeneffekt als Veränderung der Fallzahl ist mit 2,7% beim Vergleich des Zeitraums I.2007 zu I.2008 am geringsten und beim Vergleich II.2007 gegenüber II.2008 mit 9,7% am höchsten.

Die Veränderung der Gesamtleistung bei Neurologen als Leistungsbedarf je Praxis variiert beim Vergleich der EBM 2008-Quartale gegenüber den Vorjahresquartalen in einer Größenordnung von 19,3% bis 30,1% und ist im vierten Quartal am niedrigsten und im zweiten Quartal am höchsten ausgeprägt (siehe Abbildung 55).

### 3.3.21.3 Leistungsbedarfsveränderung je Fall und Praxisgröße

In 89,7% der Praxen nimmt der Leistungsbedarf je Fall gegenüber dem Vorjahreszeitraum zu. Leistungsbedarfsveränderung je Fall und Praxisgröße sind bei Neurologen positiv korreliert. Das heißt mit zunehmender Praxisgröße steigt in dieser Fachgruppe der Anteil von Praxen mit einer Leistungsbedarfszunahme je Fall: bei kleineren Praxen beträgt er 77,8% und bei großen Praxen 100,0%.

### 3.3.21.4 Analyse nach Leistungssegmenten

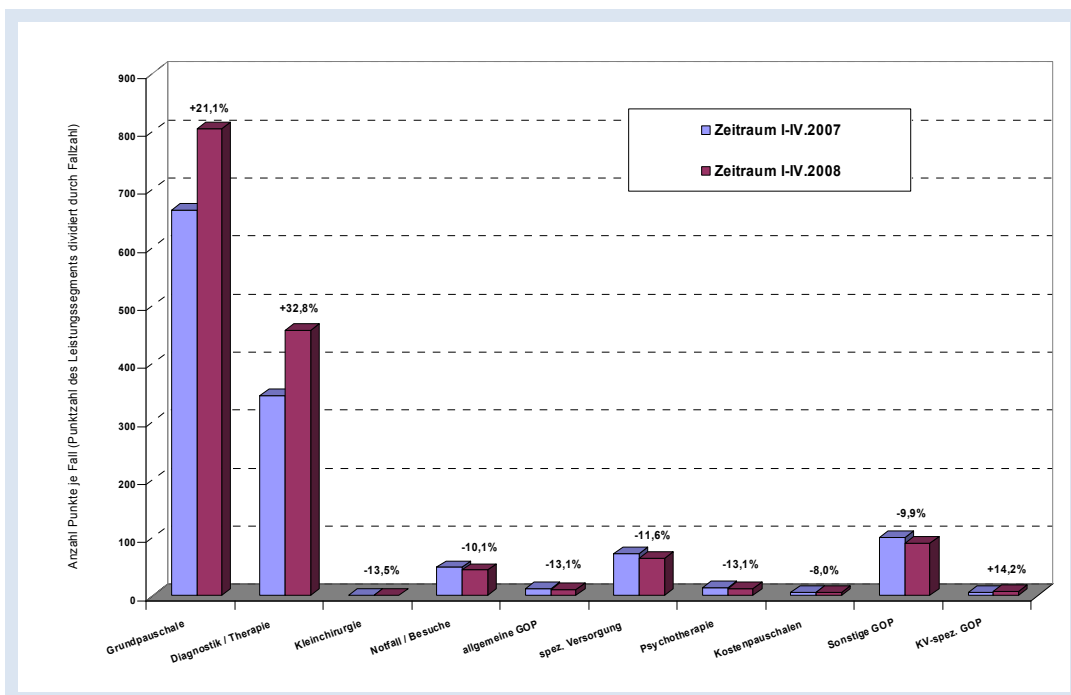


Abbildung 56: Anzahl EBM-Punkte je Fall differenziert nach Leistungssegmenten und deren relative Veränderungen im Vergleich 2007 zu 2008 bei Neurologen

Als Leistungssegmentierung wurden den Neurologen die definierten Segmente des EBM für Nervenärzte zu Grunde gelegt. Die Analyse zeigt, dass der Leistungsbedarf bei den neurologischen Praxen im Wesentlichen aus den zwei Segmenten „Grundpauschale und ihren Teilleistungen“ und „Diagnostik / Therapie“

besteht (siehe Abbildung 56). Auf diese zwei Segmente entfallen im Zeitraum I-IV.2008 84,4% (I-IV.2007 79,5%) des Gesamt-Leistungsbedarfs.

Die **Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs von 2007 zu 2008** bei den 29 neurologischen Praxen um insgesamt **+32,20 Mio. Punkte** ergibt sich aus der **Zunahme von 34,15 Mio. Punkten**, hauptsächlich durch Leistungsbedarfszunahmen der Leistungssegmente „Grundpauschale“ und „Diagnostik / Therapie“, sowie der **Abnahme von 1,95 Mio. Punkten** (siehe Abbildung 57).

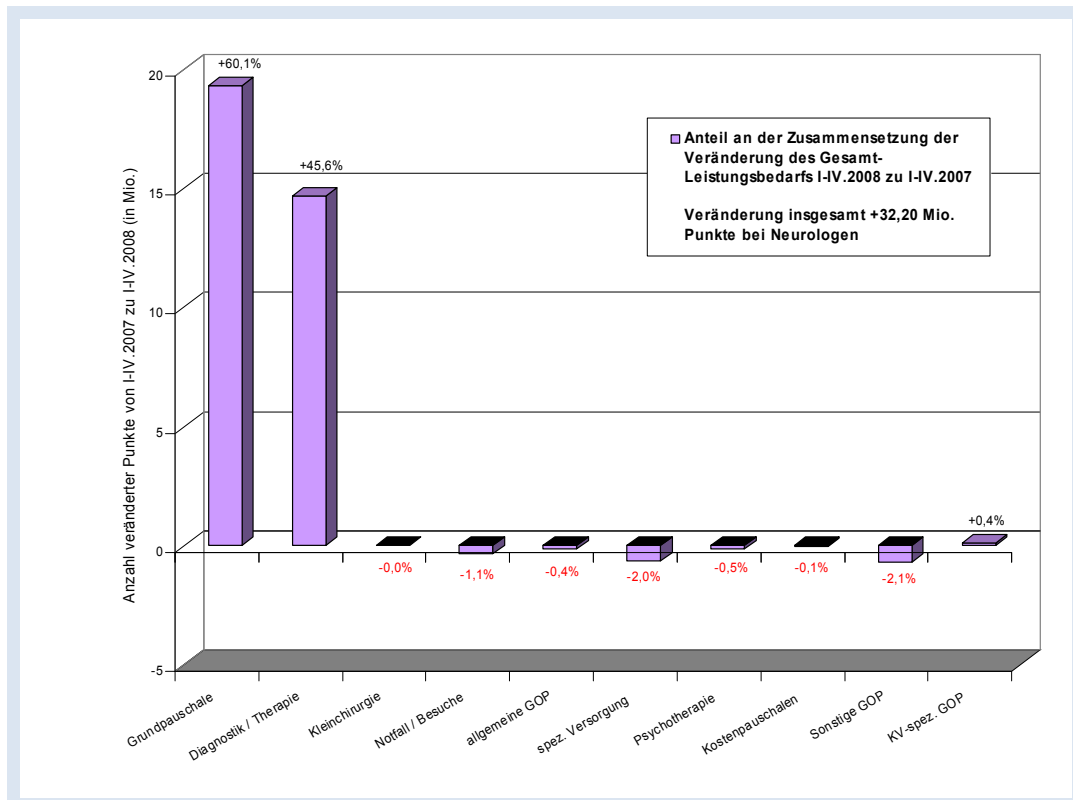


Abbildung 57: Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs in Punkten von 2007 zu 2008 differenziert nach Leistungssegmenten, mit zusätzlichem Ausweis des Anteils an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Neurologen

Den größten Anteil an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Neurologen trägt mit +60,1% das **Leistungssegment „Grundpauschale“**. Der Leistungsbedarf dessen ergibt sich zu 98,7% (2007 47,9%) aus den GOP 16211 *Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr* und 16212 *Grundpauschale ab 60. Lebensjahr*. Diese Pauschalen enthalten mehrere in 2007 einzeln neben den damaligen Ordinationskomplexen berechenbare GOP. Zusätzlich verzeichnen diese einen Anstieg der Leistungshäufigkeit absolut (16211 +20,4%, 16212 +20,1%) sowie relativ je 100 Fälle (16211 +15,5%, 16212 +15,2%)

und führen so zu einem Leistungsbedarfsanstieg für diese GOP (16211 +164,2%, 16212 +155,9%), bei einem Gesamt-Leistungsbedarfsanteil von insgesamt 53,0% in 2008 (25,1% in 2007).

Das **Leistungssegment „Diagnostik / Therapie“** zeichnet mit einem Anteil von +45,6% an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs. Der Leistungsbedarfsanstieg in diesem Segment entfällt hauptsächlich auf die GOP 16233 *Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems und/oder des peripheren Nervensystems in der häuslichen und/oder familiären Umgebung*. Durch Höherbewertung in 2008 (+6,3%) und Anstieg der Leistungshäufigkeit absolut (+181,7%) sowie relativ je 100 Fälle (+170,3%), verzeichnet diese einen +64,5%igen Anteil an der Zusammensetzung der Veränderung des segmentalen Leistungsbedarfs. Der Leistungsbedarf für diese GOP nimmt um 199,4% zu. Somit steigt gleichzeitig ihr Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf bei den Neurologen von 3,4% in 2007 auf 8,2% in 2008 (4,75 Mio. Punkte in 2007 auf 14,2 Mio. Punkte in 2008).

### 3.3.21.5 Top-5 Gebührenordnungspositionen

Die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen in den Quartalen I-IV.2008 bei Neurologen sind mit einem Anteil an der Gesamtleistung von zusammen 72,7% (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

16211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr [26,6%]
16212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr [26,5%]
16233	Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems in der häuslichen Umgebung [8,2%]
16230	Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in der häuslichen Umgebung [6,3%]
16322	Zusatzpauschale Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung [5,1%]

Zum Vergleich sind in den Quartalen I-IV.2007 die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen, die zusammen 49,4% der Gesamtleistung verursachen (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

16212	Ordinationskomplex ab 60. Lebensjahr [12,7%]
16211	Ordinationskomplex 6.- 59. Lebensjahr [12,4%]
16220	Beratung, Erörterung, Abklärung [11,3%]
16230	Koordination der Mitbetreuung in der häuslichen Umgebung [6,6%]
01601	Individueller Arztbrief [6,4%]

### 3.3.21.6 Analyse nach Gebührenordnungspositionen

Betrachtet man einzelne GOP, die im Rahmen der Analyse nach Leistungssegmenten (s.o.) noch nicht beschrieben worden sind, hinsichtlich relevanter Veränderungen, so fällt auf, dass die GOP 21220 *Psychiatrisches Gespräch, Psychiatrische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung* eine Abnahme ihres Leistungsbedarfs von 36,6%, durch Abnahme der Leistungshäufigkeit absolut (-43,2%) sowie relativ je 100 Fälle (-45,6%), verzeichnet.

Einzelne GOP, u.a. 16310 *Elektroenzephalographische Untersuchung*, 16321 *Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)*, 33060 *CW-Doppler-Sonographie extrakranieller Gefäße*, 33063 *PW-Doppler-Sonographie der intrakraniellen Gefäße*, 33070 *Duplex-Sonographie der extrakraniellen Gefäße* sowie 30724 *Spinalnerven-Analgesie und Analgesie der Rami communicantes an den Foramina intervertebralia* verzeichnen eine Abnahme der Leistungshäufigkeit absolut (zwischen -11,1% (30724) und -23,9% (33063)) sowie relativ (zwischen -14,7% (30724) und -27,0% (33063)). Leistungsbedarfsabnahmen (zwischen -6,6% (30724) und -20,5% (33063)) finden sich dem entsprechend bei einem Großteil der genannten GOP (außer 16310 +4,0%, 16321 2,7%), wodurch u.a. die negativen Leistungsbedarfsveränderungen in den Segmenten „Spezielle Versorgung“ (GOP 30724) sowie „Sonstige GOP“ (GOP 33060, 33063, 33070) nachvollziehbar sind.

Die GOP 16230 *Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in der häuslichen und/oder familiären Umgebung* erfuhr in 2008 eine Höherbewertung (+8,2%). Neben der gestiegenen Leistungshäufigkeit von 8,3% (bei annähernd gleichbleibender Leistungshäufigkeit je 100 Fälle) führt dies zu einem Leistungsbedarfsanstieg von 17,1% (+1,59 Mio. Punkte) für diese GOP.



### 3.3.22 Orthopäden

#### 3.3.22.1 Eckwerte Gesamt-Zeitraum I-IV- Quartal

Bei den **451 orthopädischen Praxen** mit Leistungsdaten in beiden Vergleichszeiträumen ist der **Gesamt-Leistungsbedarf** von I-IV.2007 gegenüber I-IV.2008 um insgesamt 8,6% gestiegen. Diese Steigerung resultiert zum einen aus einer **Fallzahlsteigerung** von 1,2% und zum anderen aus einer Zunahme des durchschnittlichen **Leistungsbedarfs je Fall** von 7,3%.

#### 3.3.22.2 Eckwerte Einzelquartale I-IV- Quartal

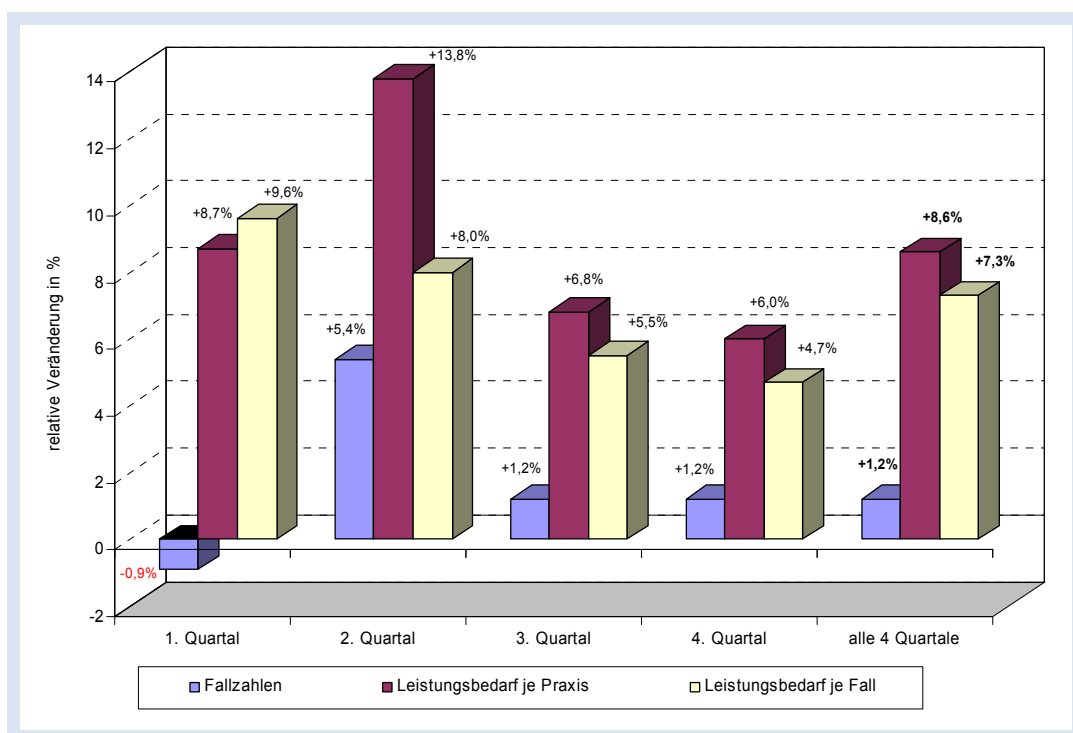


Abbildung 58: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei Orthopäden

Im Vergleich der EBM 2008-Quartale zeigen sich, hinsichtlich des Bewertungseffekts als Veränderung des Leistungsbedarfs je Fall, gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal bei Orthopäden Zunahmen zwischen 4,7% und 9,6% (siehe Abbildung 58). Im ersten Quartal 2008 fällt die Zunahme dabei am höchsten aus, im vierten Quartal 2008 am niedrigsten. Der Mengeneffekt als Veränderung der Fallzahl ist mit -0,9% beim Vergleich des Zeitraums I.2007 zu I.2008 am geringsten und beim Vergleich II.2007 gegenüber II.2008 mit 5,4% am höchsten.

Die Veränderung der Gesamtleistung bei Orthopäden als Leistungsbedarf je Praxis variiert beim Vergleich der EBM 2008-Quartale gegenüber den Vorjahresquartalen in einer Größenordnung von 6,0% bis 13,8% und ist im vierten Quartal am niedrigsten und im zweiten Quartal am höchsten ausgeprägt (siehe Abbildung 58).

### 3.3.22.3 Leistungsbedarfsveränderung je Fall und Praxisgröße

In 80,7% der Praxen nimmt der Leistungsbedarf je Fall gegenüber dem Vorjahreszeitraum zu. Der Anteil von orthopädischen Praxen mit einer Leistungsbedarfszunahme je Fall differiert nach Praxisgröße und ist in mittleren Praxen mit 85,4% am stärksten und in kleinen Praxen mit 76,0% am geringsten ausgeprägt.

### 3.3.22.4 Analyse nach Leistungssegmenten

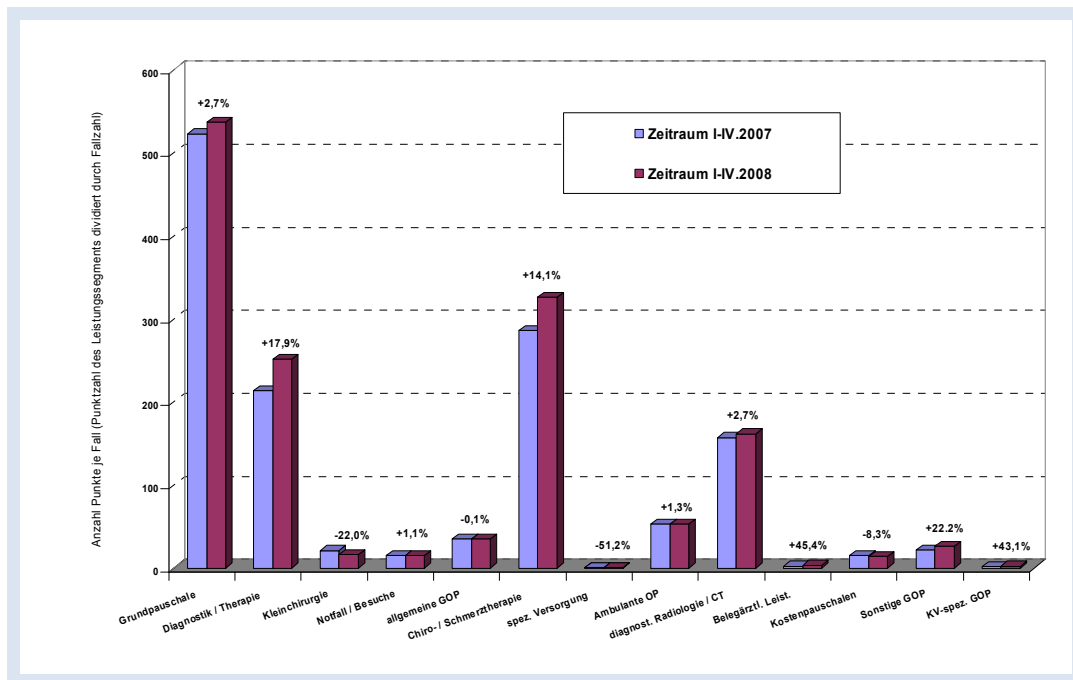


Abbildung 59: Anzahl EBM-Punkte je Fall differenziert nach Leistungssegmenten und deren relative Veränderungen im Vergleich 2007 zu 2008 bei Orthopäden

Die Analyse nach Leistungssegmenten zeigt, dass der Leistungsbedarf bei den Orthopäden im Wesentlichen aus den vier Segmenten „Grundpauschale und ihren Teilleistungen“, „Diagnostik / Therapie“, „Chiro- / Schmerztherapie“ und „Diagnostische Radiologie / CT“ besteht (siehe Abbildung 59). Auf diese vier Segmente entfallen im Zeitraum I-IV.2008 88,4% (I-IV.2007 87,8%) des Gesamt-Leistungsbedarfs.

Die **Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs von 2007 zu 2008** bei den 451 orthopädischen Praxen um insgesamt **+296,82 Mio. Punkte** ergibt sich aus der **Zunahme von 311,26 Mio. Punkten**, hauptsächlich durch Leistungsbedarfszunahmen der Leistungssegmente „Grundpauschale“, „Diagnostik / Therapie“ und „Chiro- / Schmerztherapie“, sowie der **Abnahme von 14,44 Mio. Punkten**, hauptsächlich im Leistungssegment „Kleinchirurgie“ begründet (siehe Abbildung 60).

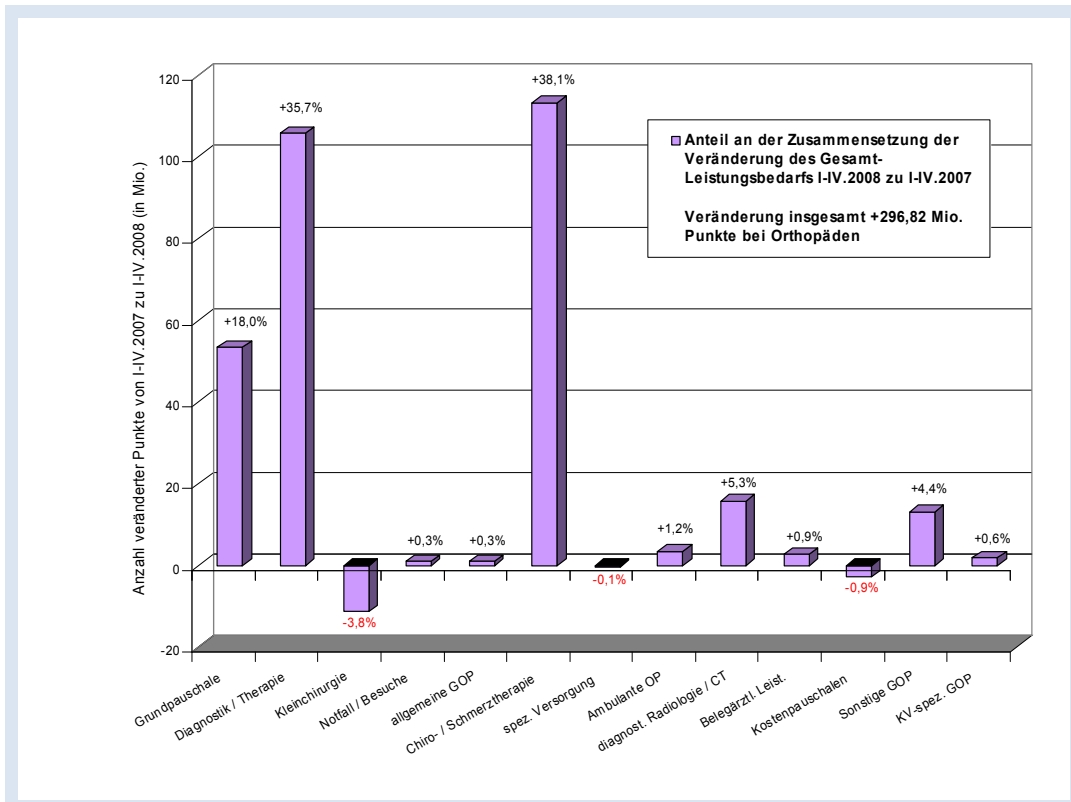


Abbildung 60: Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs in Punkten von 2007 zu 2008 differenziert nach Leistungssegmenten, mit zusätzlichem Ausweis des Anteils an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Orthopäden

Das **Leistungssegment „Grundpauschale“** zeichnet mit einem Anteil von +18,0% an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs. Der Leistungsbedarf dieses Segments ergibt sich zu 98,0% (2007 38,1%) aus den GOP 18211 *Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr* und 18212 *Grundpauschale ab 60. Lebensjahr*. Diese Pauschalen enthalten mehrere in 2007 einzeln neben den damaligen Ordinationskomplexen berechenbare GOP. Zusätzlich verzeichnen diese einen Anstieg der Leistungshäufigkeit (18211 +36,0%, 18212 +34,2%) sowie der Leistungshäufigkeit je 100 Fälle (18211 +34,4%, 18212 +32,6%) und führen so zu

einem Gesamt-Leistungsbedarfsanteil von insgesamt 36,5% für beide GOP (2007 14,8%).

Durch Anstieg der Leistungshäufigkeit (von 1.510 auf 8.148; +440,0%) für die von 2007 auf 2008 in ihrer Leistungslegende und Wertigkeit angepassten GOP 30700 *Grundpauschale schmerztherapeutischer Patient* erhöht sich deren Leistungsbedarf um +150,6%.

Den größten Anteil an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Orthopäden trägt mit +38,1% das **Leistungssegment „Chiro- / Schmerztherapie“**. Der Anstieg der Leistungshäufigkeit einzelner GOP in 2008; u.a. 30201, 30724, 30790, 30791, und deren Höherbewertung (5,0% bis 7,1% für die genannten GOP) begründen den Anstieg des Leistungsbedarfs innerhalb des Segments und dessen am Gesamt-Leistungsbedarf. Mit einem Anstieg der Leistungshäufigkeit von +14,4% und des Leistungsbedarfs von +21,3% bildet die GOP 30791 *Durchführung einer Körperakupunktur* mit einem +60,4%igen Anteil an der Zusammensetzung der Veränderung des Leistungsbedarfs des Segments den Ausreißer innerhalb der einzelnen Leistungen.

Das **Leistungssegment „Diagnostik / Therapie“** zeichnet mit einem Anteil von +35,7% an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs. Die GOP 18311 *Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates (angeboren, erworben, degenerativ, posttraumatisch, perioperativ) und/oder einer entzündlichen Erkrankung des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und bei Erwachsenen (außer degenerativen und funktionellen Erkrankungen der Wirbelsäule)* und 18331 *Zusatzpauschale Diagnostik und/oder Behandlung von degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule bei Jugendlichen und bei Erwachsenen* erfuhren Höherbewertungen (18311 +5,1%, 18331 +5,6%) sowie einen Anstieg ihrer Leistungshäufigkeit (18311 +15,8%, von 388.348 auf 449.599 / 18331 +11,0%, von 697.900 auf 774.803). Mit einem Anteil von 98,8% in 2008 (99,0% in 2007) am Segment „Diagnostik / Therapie“ entfällt fast gänzlich der Zuwachs des innersegmentalen Leistungsbedarfs auf diese GOP.

Der Anteil von -3,8% an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs im **Leistungssegment „Kleinchirurgie“** begründet sich hauptsächlich im Abfallen der Leistungshäufigkeit (-83,4%) und des Leistungsbedarfs (-82,4%) der GOP 02360 *Behandlung mit Lokalanästhetika*. Deren Anteil am Leistungsbedarf des Segments sinkt von 21,0% in 2007 auf 4,7% in 2008.

### 3.3.22.5 Top-5 Gebührenordnungspositionen

Die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen in den Quartalen I-IV.2008 bei Orthopäden sind mit einem Anteil an der Gesamtleistung von zusammen 64,2% (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

18211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr [18,4%]
18212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr [18,1%]
30791	Durchführung einer Körperakupunktur [10,4%]
18331	Zusatzpauschale Diagnostik und/oder Behandlung von degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule bei Jugendlichen und bei Erwachsenen [9,8%]
18311	Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates (angeboren, erworben, degenerativ, posttraumatisch, perioperativ) und/oder einer entzündlichen Erkrankung des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und bei Erwachsenen (außer degenerativen und funktionellen Erkrankungen der Wirbelsäule) [7,4%]

Zum Vergleich sind in den Quartalen I-IV.2007 die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen, die zusammen 39,9% der Gesamtleistung verursachen (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

30791	Durchführung einer Körperakupunktur [9,3%]
18331	Diagnostik und/oder Behandlung von degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule bei Jugendlichen und bei Erwachsenen [9,1%]
18211	Ordinationskomplex 6.- 59. Lebensjahr [7,6%]
18212	Ordinationskomplex ab 60. Lebensjahr [7,2%]
18311	Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates (angeboren, erworben, degenerativ, posttraumatisch, perioperativ) und/oder einer entzündlichen Erkrankung des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und bei Erwachsenen (außer degenerativen und funktionellen Erkrankungen der Wirbelsäule) [6,6%]

### 3.3.22.6 Analyse nach Gebührenordnungspositionen

Betrachtet man einzelne GOP, die im Rahmen der Analyse nach Leistungssegmenten (s.o.) noch nicht beschrieben worden sind, hinsichtlich relevanter Veränderungen, so fällt auf, dass die GOP 35100 *Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände* eine Zunahme in ihrem Leistungsbedarf um +111,6% verzeichnet. Neben einer leichten Höherbewertung der Leistung (+6,2%) in 2008 begründet hauptsächlich die um 99,3% gestiegene Leistungshäufigkeit (von 8.176 auf 16.297) deren Leistungsbedarfszunahme bei Orthopäden.

Ähnlich verhält es sich mit der GOP 35110 *Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen*. Neben einer Höherbewertung (+6,2%) besteht hier ein Anstieg der Leistungshäufigkeit um 83,6% (von 6.778 auf 12.443), was sich im 94,9%igen Anstieg des Leistungsbedarfs dieser GOP bei Orthopäden widerspiegelt.

### 3.3.23 Pathologen

#### 3.3.23.1 Eckwerte Gesamt-Zeitraum I-IV- Quartal

Bei den **42 Praxen der Pathologie** mit Leistungsdaten in beiden Vergleichszeiträumen ist der **Gesamt-Leistungsbedarf** von I-IV.2007 gegenüber I-IV.2008 um insgesamt -9,5% gesunken. Neben einer Zunahme der **Fallzahl** um 1,3% findet sich bei den Pathologen, als eine von zwei Abrechnungsgruppen der EBM-Begleitstudie 2008, eine Minderung des **Leistungsbedarfs je Fall** um -10,6% in 2008 gegenüber 2007 (Nephrologen -2,0%).

#### 3.3.23.2 Eckwerte Einzelquartale I-IV- Quartal

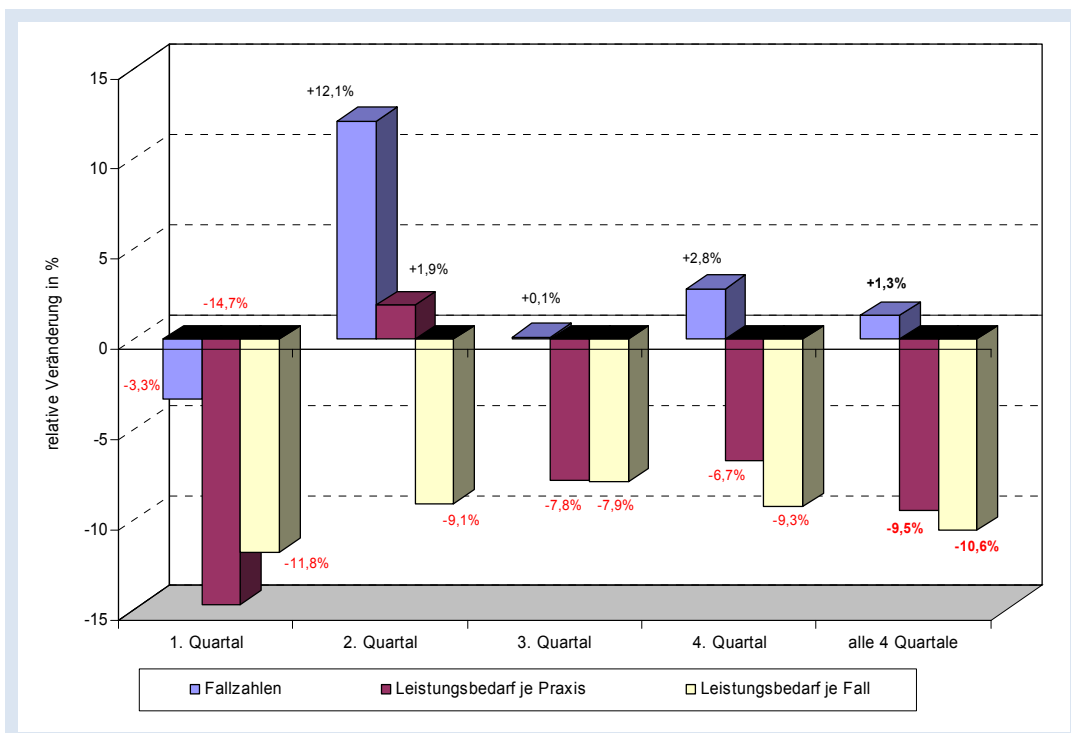


Abbildung 61: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei Pathologen

Im Vergleich der EBM 2008-Quartale zeigen sich, hinsichtlich des Bewertungseffekts als Veränderung des Leistungsbedarfs je Fall, gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal bei Pathologen Abnahmen zwischen -7,9% und -11,8% (siehe Abbildung 61). Im ersten Quartal 2008 fällt die Abnahme dabei am höchsten aus, im dritten Quartal 2008 am niedrigsten. Der Mengeneffekt als Veränderung der

Fallzahl ist mit -3,3% beim Vergleich des Zeitraums I.2007 zu I.2008 am geringsten und beim Vergleich II.2007 gegenüber II.2008 mit 12,1% am höchsten.

Die Veränderung der Gesamtleistung als Leistungsbedarf je Praxis variiert beim Vergleich der EBM 2008-Quartale gegenüber den Vorjahresquartalen in einer Größenordnung von -14,7% bis 1,9% und ist im ersten Quartal am niedrigsten und im zweiten Quartal am höchsten ausgeprägt (siehe Abbildung 61).

### 3.3.23.3 Leistungsbedarfsveränderung je Fall und Praxisgröße

In 19,0% der Praxen nimmt der Leistungsbedarf je Fall gegenüber dem Vorjahreszeitraum zu. Leistungsbedarfsveränderung je Fall und Praxisgröße sind bei den pathologischen Praxen negativ korreliert. Das heißt mit zunehmender Praxisgröße sinkt in dieser Fachgruppe, im Gegensatz zu allen anderen Fachgruppen der EBM-Begleitstudie 2008, der Anteil von Praxen mit einer Leistungsbedarfszunahme je Fall: bei kleineren Praxen beträgt er 28,6% und bei größeren Praxen 7,1%.

### 3.3.23.4 Top-5 Gebührenordnungspositionen

Die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen in den Quartalen I-IV.2008 bei Pathologen sind mit einem Anteil an der Gesamtleistung von zusammen 92,3% (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

19310	Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials [41,6%]
19312	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 19310 und 19311 für die Anwendung von Sonderverfahren [19,3%]
01733	Zytologische Untersuchung (Krebsvorsorge) [12,5%]
19320	Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials unter Anwendung eines immunchemischen Sonderverfahren [9,9%]
40100	Versandmaterial, Transport, Ergebnisübermittlung (Labor, Zytologie, Zyto- und Molekulargenetik) [8,9%]

Zum Vergleich sind in den Quartalen I-IV.2007 die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen, die zusammen 93,6% der Gesamtleistung verursachen (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):



19310	Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials [35,4%]
19312	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 19310 und 19311 [31,3%]
01733	Zytologische Untersuchung (Krebsvorsorge) [11,3%]
40100	Versandmaterial, Transport, Ergebnisübermittlung (Labor, Zytologie, Zyto- und Molekulargenetik) [8,0%]
19320	Histologische oder zytologische Untersuchung unter Anwendung immunchemischer Sonderverfahren [7,6%]

Der Rückgang des Gesamt-Leistungsbedarfs sowie des Leistungsbedarfs je Fall ist bei Pathologen hauptsächlich auf die Abwertung (von 280 Punkten in 2007 auf 145 Punkte in 2008) der GOP 19312 *Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 19310 und 19311 für die Anwendung von Sonderverfahren* in 2008 zurückzuführen. Diese geht in 2008 mit 19,3% (in 2007 31,3%) in den Gesamt-Leistungsbedarf ein.

### 3.3.24 Psychiater

#### 3.3.24.1 Eckwerte Gesamt-Zeitraum I-IV- Quartal

Bei den **202 psychiatrischen Praxen** mit Leistungsdaten in beiden Vergleichszeiträumen ist der **Gesamt-Leistungsbedarf** von I-IV.2007 gegenüber I-IV.2008 um insgesamt 17,4% gestiegen. Diese Steigerung resultiert zum einen aus einer **Fallzahlsteigerung** von 5,2% und zum anderen aus einer Zunahme des durchschnittlichen **Leistungsbedarfs je Fall** von 11,6%.

#### 3.3.24.2 Eckwerte Einzelquartale I-IV- Quartal

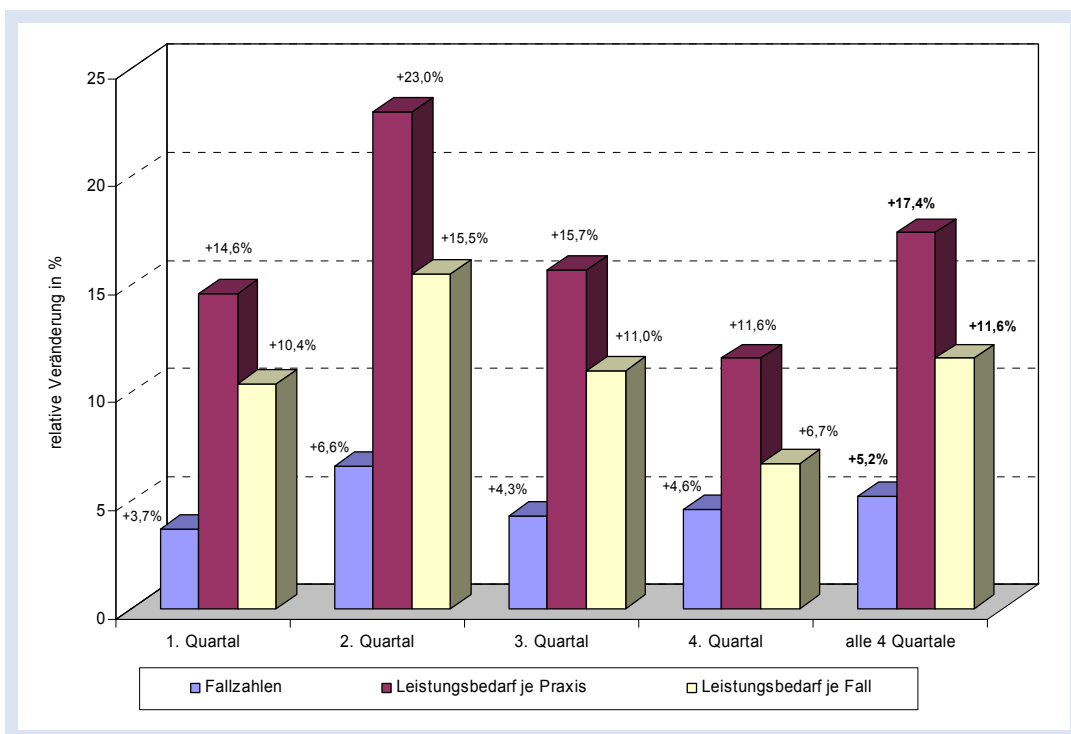


Abbildung 62: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei Psychiatern

Im Vergleich der EBM 2008-Quartale zeigen sich, hinsichtlich des Bewertungseffekts als Veränderung des Leistungsbedarfs je Fall, gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal bei Psychiatern Zunahmen zwischen 6,7% und 15,5% (siehe Abbildung 62). Im zweiten Quartal 2008 fällt die Zunahme dabei am höchsten aus, im vierten Quartal 2008 am niedrigsten. Der Mengeneffekt als Veränderung der Fallzahl ist mit 3,7% beim Vergleich des Zeitraums I.2007 zu I.2008 am geringsten und beim Vergleich II.2007 gegenüber II.2008 mit 6,6% am höchsten.

Die Veränderung der Gesamtleistung bei Psychiatern als Leistungsbedarf je Praxis variiert beim Vergleich der EBM 2008-Quartale gegenüber den Vorjahresquartalen in einer Größenordnung von 11,6% bis 23,0% und ist im vierten Quartal am niedrigsten und im zweiten Quartal am höchsten ausgeprägt (siehe Abbildung 62).

### 3.3.24.3 Leistungsbedarfsveränderung je Fall und Praxisgröße

In 84,2% der Praxen nimmt der Leistungsbedarf je Fall gegenüber dem Vorjahreszeitraum zu. Der Anteil von psychiatrischen Praxen mit einer Leistungsbedarfszunahme je Fall differiert nach Praxisgröße und ist in großen Praxen mit 91,0% am stärksten und in mittleren Praxen mit 79,4% am schwächsten ausgeprägt.

### 3.3.24.4 Analyse nach Leistungssegmenten

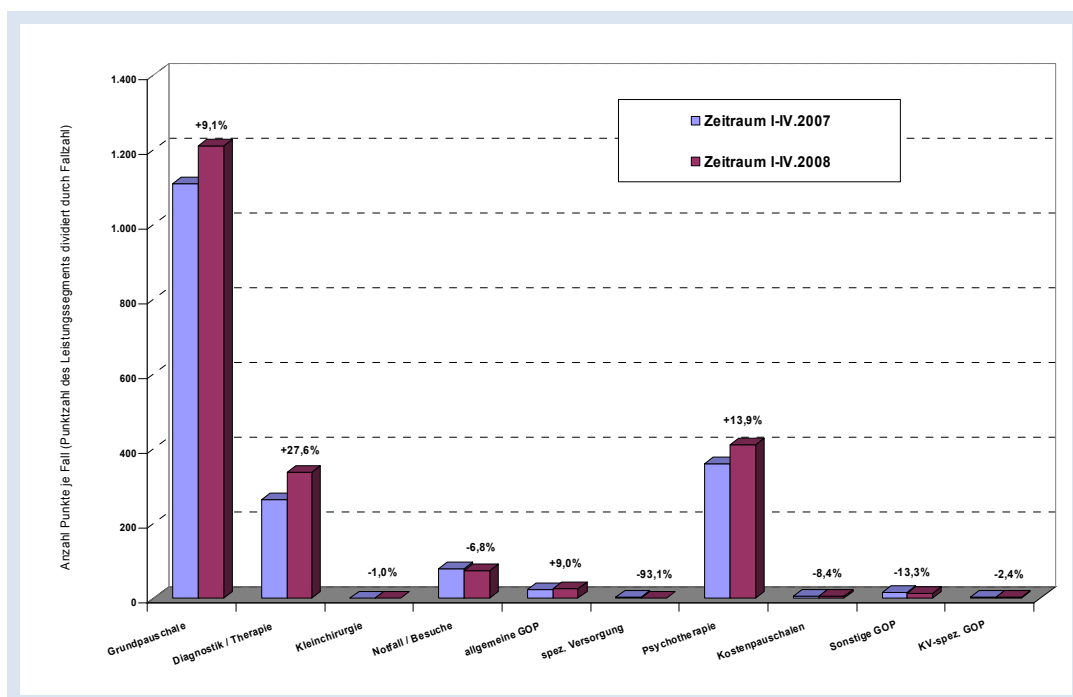


Abbildung 63: Anzahl EBM-Punkte je Fall differenziert nach Leistungssegmenten und deren relative Veränderungen im Vergleich 2007 zu 2008 bei Psychiatern

Als Leistungssegmentierung wurden den Psychiatern die definierten Segmente des EBM für Nervenärzte zu Grunde gelegt. Die Analyse zeigt, dass der Leistungsbedarf bei den psychiatrischen Praxen im Wesentlichen aus den drei Segmenten „Grundpauschale und ihren Teilleistungen“, „Diagnostik / Therapie“ so-

wie „Psychotherapie“ besteht (siehe Abbildung 63). Auf diese drei Segmente entfallen im Zeitraum I-IV.2008 94,4% (I-IV.2007 93,3%) des Gesamt-Leistungsbedarfs.

Die **Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs von 2007 zu 2008** bei den 202 psychiatrischen Praxen um insgesamt **+107,56 Mio. Punkte** ergibt sich aus der **Zunahme von 109,29 Mio. Punkten**, hauptsächlich durch Leistungsbedarfszunahmen der Leistungssegmente „Grundpauschale“, „Diagnostik / Therapie“ und „Psychotherapie“, sowie der **Abnahme von 1,73 Mio. Punkten** (siehe Abbildung 64).

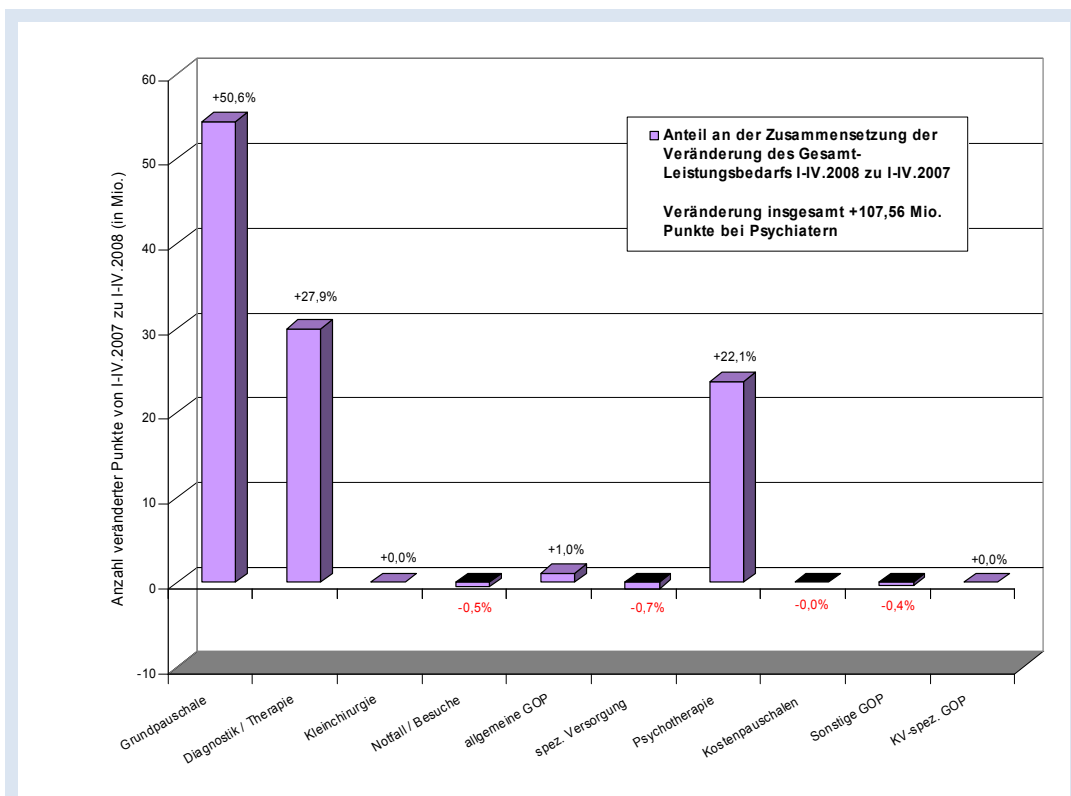


Abbildung 64: Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs in Punkten von 2007 zu 2008 differenziert nach Leistungssegmenten, mit zusätzlichem Ausweis des Anteils an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Psychiatern

Den größten Anteil an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Psychiatern trägt mit +50,6% das **Leistungssegment „Grundpauschale“**. In diesem entfallen 41,9% des Leistungsbedarfs auf die GOP 21220 *Psychiatrisches Gespräch, Psychiatrische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung*, die durch Höherbewertung der Leistung in 2008 (+11,6%) und einer gering gestiegenen Leistungshäufigkeit absolut (+0,1%), bei

gesunkener relativer Häufigkeit je 100 Fälle (-4,9%), einen Leistungsbedarfswach von 11,7% verzeichnet.

Die GOP 21211 *Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr* und 21212 *Grundpauschale ab 60. Lebensjahr* enthalten mehrere in 2007 einzeln neben den damaligen Ordinationskomplexen berechenbare GOP. Zusätzlich verzeichnen diese einen Anstieg der Leistungshäufigkeit absolut (21211 +13,9%, 21212 +13,5%) sowie relativ je 100 Fälle (21211 +8,3%, 21212 +7,9%) und führen so zu einem Leistungsbedarfsanstieg für diese GOP (21211 +54,2%, 21212 +52,6%).

Das **Leistungssegment „Diagnostik / Therapie“** zeichnet mit einem Anteil von +27,9% an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs. Die vier Top-GOP dieses Segments; 21216 *Zuschlag Fremdanamnese*, 21230 *Zusatzpauschale Kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung in der häuslichen und/oder familiären Umgebung*, 21231 *Zusatzpauschale Kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung in beschützenden Einrichtungen oder Pflege- und Altenheimen* und 21233 *Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung in der häuslichen und/oder familiären Umgebung*, bilden 82,5% des segmentalen Leistungsbedarfs. Durch Höherbewertung der GOP in 2008 (21216 +13,3%, 21230 +8,2%, 21231 8,3%, 21233 +6,3%) und einen Anstieg der Leistungshäufigkeit absolut (21216 +3,3%, 21230 +34,3%, 21231 +25,7%, 21233 +66,7%), größtenteils auch relativ je 100 Fälle (21216 -1,8%, 21230 +27,6%, 21231 +19,5%, 21233 +58,4), erhöht sich deren Leistungsbedarf (21216 +17,0%, 21230 +45,2%, 21231 +36,1%, 21233 +77,1%). Diese vier GOP verzeichnen somit einen +82,5%igen Anteil an der Zusammensetzung der Leistungsbedarfsveränderung des Segments.

Der Anteil von +22,1% des **Leistungssegments „Psychotherapie“** an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs begründet sich hauptsächlich in den GOP 35150 *Probatorische Sitzung*, 35200 *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)* und 35201 *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)*, die durch Höherbewertung (alle drei GOP +17,4%) und Zunahme der Leistungshäufigkeit (35150 +1,5%, 35200 2,0%, 35201 +8,5%), bei in etwa gleichbleibender Häufigkeit je 100 Fälle, einen Leistungsbedarfsanstieg (35150 +19,2%, 35200 +19,6%, 35201 +27,3%) verzeichnen. Somit bilden diese einen +77,4%igen Anteil an der Veränderung des Leistungsbedarfs innerhalb des Segments.

### 3.3.24.5 Top-5 Gebührenordnungspositionen

Die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen in den Quartalen I-IV.2008 bei Psychiatern sind mit einem Anteil an der Gesamtleistung von zusammen 70,5% (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

21220	Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung) [33,8%]
21211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr [16,4%]
21212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr [7,8%]
35200	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung) [7,4%]
21230	Zusatzpauschale Kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung [4,9%]

Zum Vergleich sind in den Quartalen I-IV.2007 die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen, die zusammen 65,5% der Gesamtleistung verursachen (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

21220	Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung) [35,5%]
21211	Ordinationskomplex 6.- 59. Lebensjahr [12,5%]
35200	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung) [7,3%]
21212	Ordinationskomplex ab 60. Lebensjahr [6,2%]
21216	Zuschlag Fremdanamnese [4,1%]

### 3.3.24.6 Analyse nach Gebührenordnungspositionen

Neben den in der Analyse nach Leistungssegmenten (s.o.) beschriebenen relevanten Veränderungen sind bei den Psychiatern keine Auffälligkeiten bezogen auf weitere GOP festzustellen.

### 3.3.25 Psychologische Psychotherapeuten

#### 3.3.25.1 Eckwerte Gesamt-Zeitraum I-IV- Quartal

Bei den **1.664 Praxen der psychologischen Psychotherapie** mit Leistungsdaten in beiden Vergleichszeiträumen ist der **Gesamt-Leistungsbedarf** von I-IV.2007 gegenüber I-IV.2008 um insgesamt 21,8% gestiegen. Diese Steigerung resultiert zum einen aus einer **Fallzahlsteigerung** von 5,8% und zum anderen aus einer Zunahme des durchschnittlichen **Leistungsbedarfs je Fall** von 15,1%.

#### 3.3.25.2 Eckwerte Einzelquartale I-IV- Quartal

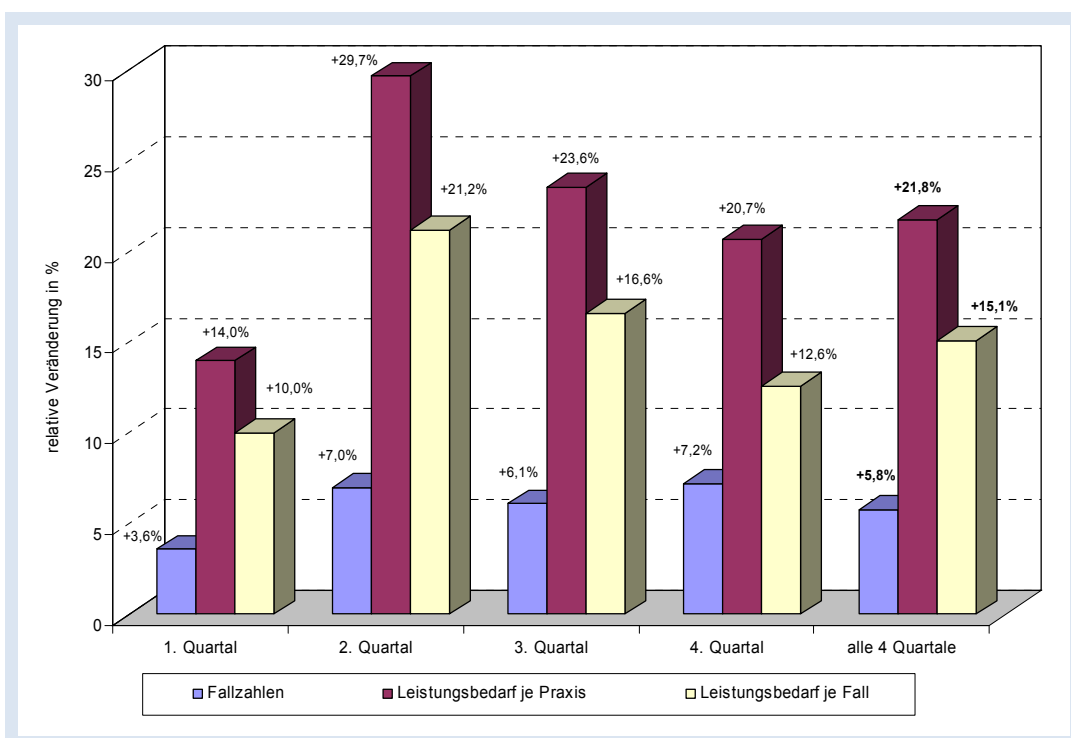


Abbildung 65: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei psychologischen Psychotherapeuten

Im Vergleich der EBM 2008-Quartale zeigen sich, hinsichtlich des Bewertungseffekts als Veränderung des Leistungsbedarfs je Fall, gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal bei psychologischen Psychotherapeuten Zunahmen zwischen 10,0% und 21,2% (siehe Abbildung 65). Im zweiten Quartal 2008 fällt die Zunahme dabei am höchsten aus, im ersten Quartal 2008 am niedrigsten. Der Mengeneffekt als Veränderung der Fallzahl ist mit 3,6% beim Vergleich des Zeitraums

I.2007 zu I.2008 am geringsten und beim Vergleich IV.2007 gegenüber IV.2008 mit 7,2% am höchsten.

Die Veränderung der Gesamtleistung als Leistungsbedarf je Praxis variiert beim Vergleich der EBM 2008-Quartale gegenüber den Vorjahresquartalen in einer Größenordnung von 14,0% bis 29,7% und ist im ersten Quartal am niedrigsten und im zweiten Quartal am höchsten ausgeprägt (siehe Abbildung 65).

### *3.3.25.3 Leistungsbedarfsveränderung je Fall und Praxisgröße*

In 91,3% der Praxen nimmt der Leistungsbedarf je Fall gegenüber dem Vorjahreszeitraum zu. Leistungsbedarfsveränderung je Fall und Praxisgröße sind bei den Praxen der psychologischen Psychotherapeuten positiv korreliert. Das heißt mit zunehmender Praxisgröße steigt in dieser Fachgruppe der Anteil von Praxen mit einer Leistungsbedarfszunahme je Fall: bei kleineren Praxen beträgt er 86,8% und bei größeren Praxen 94,8%.

### *3.3.25.4 Top-5 Gebührenordnungspositionen*

Die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen in den Quartalen I-IV.2008 bei den Praxen der psychologischen Psychotherapeuten sind mit einem Anteil an der Gesamtleistung von zusammen 78,9% (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

35220	Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung) [29,1%]
35221	Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung) [14,9%]
35200	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung) [13,9%]
35201	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung) [11,0%]
35150	Probatorische Sitzung [10,0%]

Zum Vergleich sind in den Quartalen I-IV.2007 die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen, die zusammen 78,5% der Gesamtleistung verursachen (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

35220	Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung) [29,0%]
-------	---



35221	Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung) [14,9%]
35200	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung) [13,5%]
35201	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung) [11,1%]
35150	Probatorische Sitzung [9,9%]

Insbesondere in den Leistungsbedarfssteigerungen der fünf Top-Leistungen in 2008 (35220 +22,6%, 35221 +21,3%, 35200 +25,5%, 35201 +20,3%, 35150 +22,2%) begründet sich der Gesamt-Leistungsbedarfsanstieg bei den Praxen der psychologischen Psychotherapeuten. Neben höheren Leistungshäufigkeiten (35220 +4,3%, 35221 +3,4%, 35200 +6,8%, 35201 +2,6%, 35150 +4,2%), bei größtenteils gesunkenen Häufigkeiten je 100 Fälle (35220 -1,4%, 35221 -2,3%, 35200 +0,9%, 35201 -3,0%, 35150 -1,5%), zeichnen Höherbewertungen (alle fünf GOP +17,4%) für deren Leistungsbedarfszuwachs.

### 3.3.26 Radiologen

#### 3.3.26.1 Eckwerte Gesamt-Zeitraum I-IV- Quartal

Bei den **66 radiologischen Praxen** mit Leistungsdaten in beiden Vergleichszeiträumen ist der **Gesamt-Leistungsbedarf** von I-IV.2007 gegenüber I-IV.2008 um insgesamt 7,1% gestiegen. Neben einer Zunahme des durchschnittlichen **Leistungsbedarfs je Fall** von 9,7% findet sich bei den Radiologen als eine von zwei Abrechnungsgruppen der EBM-Begleitstudie 2008 eine Minderung der **Fallzahl** um -2,4% in 2008 gegenüber 2007 (Gynäkologen -0,1%).

#### 3.3.26.2 Eckwerte Einzelquartale I-IV- Quartal

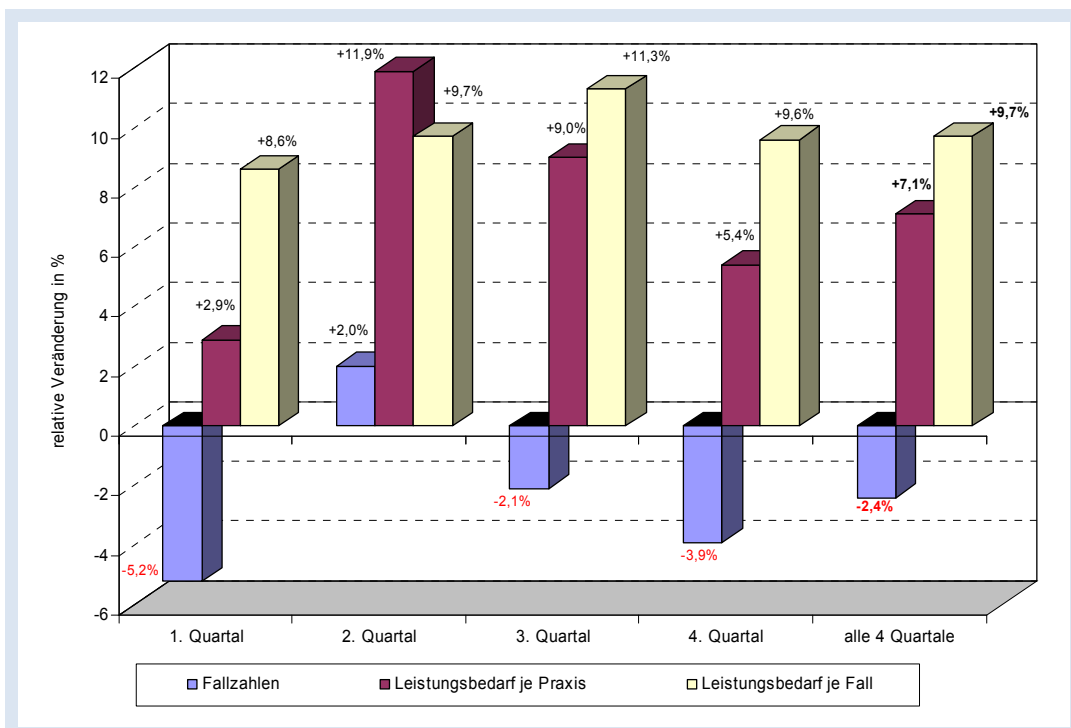


Abbildung 66: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei Radiologen

Im Vergleich der EBM 2008-Quartale zeigen sich, hinsichtlich des Bewertungseffekts als Veränderung des Leistungsbedarfs je Fall, gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal bei Radiologen Zunahmen zwischen 8,6% und 11,3% (siehe Abbildung 66). Im dritten Quartal 2008 fällt die Zunahme dabei am höchsten aus, im ersten Quartal 2008 am niedrigsten. Der Mengeneffekt als Veränderung der

Fallzahl ist mit -5,2% beim Vergleich des Zeitraums I.2007 zu I.2008 am geringsten und beim Vergleich II.2007 gegenüber II.2008 mit 2,0% am höchsten.

Die Veränderung der Gesamtleistung bei Radiologen als Leistungsbedarf je Praxis variiert beim Vergleich der EBM 2008-Quartale gegenüber den Vorjahresquartalen in einer Größenordnung von 2,9% bis 11,9% und ist im ersten Quartal am niedrigsten und im zweiten Quartal am höchsten ausgeprägt (siehe Abbildung 66).

### 3.3.26.3 Leistungsbedarfsveränderung je Fall und Praxisgröße

In 93,9% der Praxen nimmt der Leistungsbedarf je Fall gegenüber dem Vorjahreszeitraum zu. Der Anteil von radiologischen Praxen mit einer Leistungsbedarfszunahme je Fall differiert nach Praxisgröße und ist in mittleren und großen Praxen mit 95,5% am stärksten und in kleinen Praxen mit 90,9% am geringsten ausgeprägt.

### 3.3.26.4 Analyse nach Leistungssegmenten

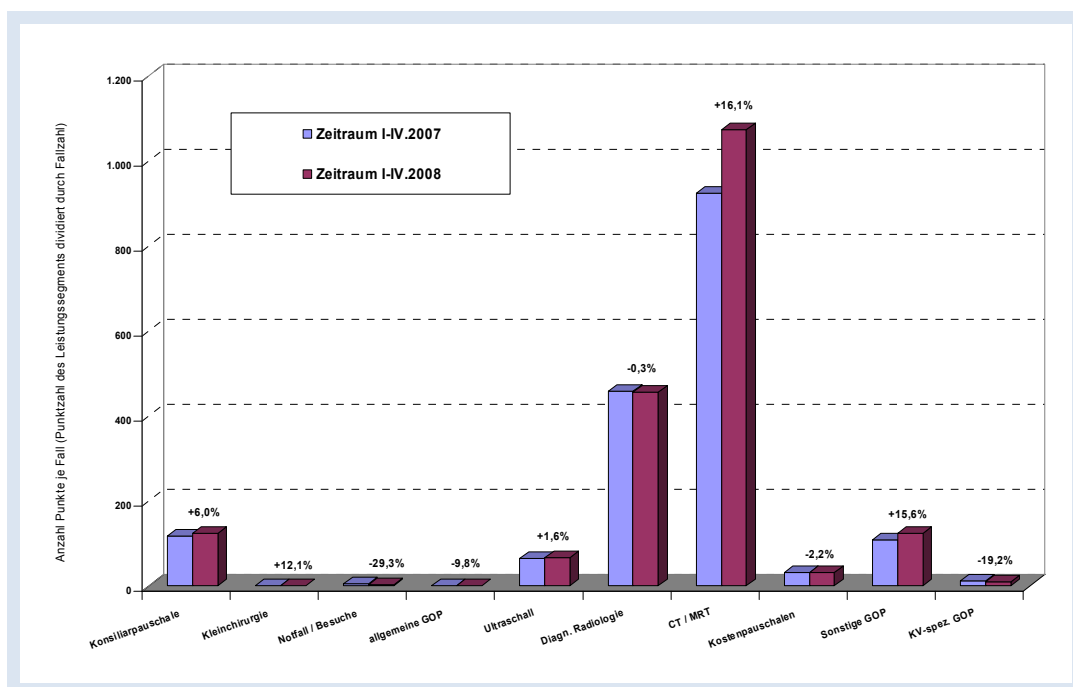


Abbildung 67: Anzahl EBM-Punkte je Fall differenziert nach Leistungssegmenten und deren relativen Veränderungen im Vergleich 2007 zu 2008 bei Radiologen

Die Analyse nach Leistungssegmenten zeigt, dass der Leistungsbedarf bei den Radiologen im Wesentlichen aus den zwei Segmenten „CT / MRT“ und „Diagnostische Radiologie“ besteht (siehe Abbildung 67). Auf diese zwei Segmente entfallen im Zeitraum I-IV.2008 81,0% (I-IV.2007 80,3%) des Gesamt-Leistungsbedarfs.

Die **Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs von 2007 zu 2008** bei den 66 radiologischen Praxen um insgesamt **+86,79 Mio. Punkte** ergibt sich aus der **Zunahme von 100,07 Mio. Punkten**, hauptsächlich durch Leistungsbedarfszunahmen der Leistungssegmente „CT / MRT“ und „Sonstige GOP“, sowie der **Abnahme von 13,28 Mio. Punkten**, hauptsächlich im Leistungssegment „Diagnostische Radiologie“ begründet (siehe Abbildung 68).

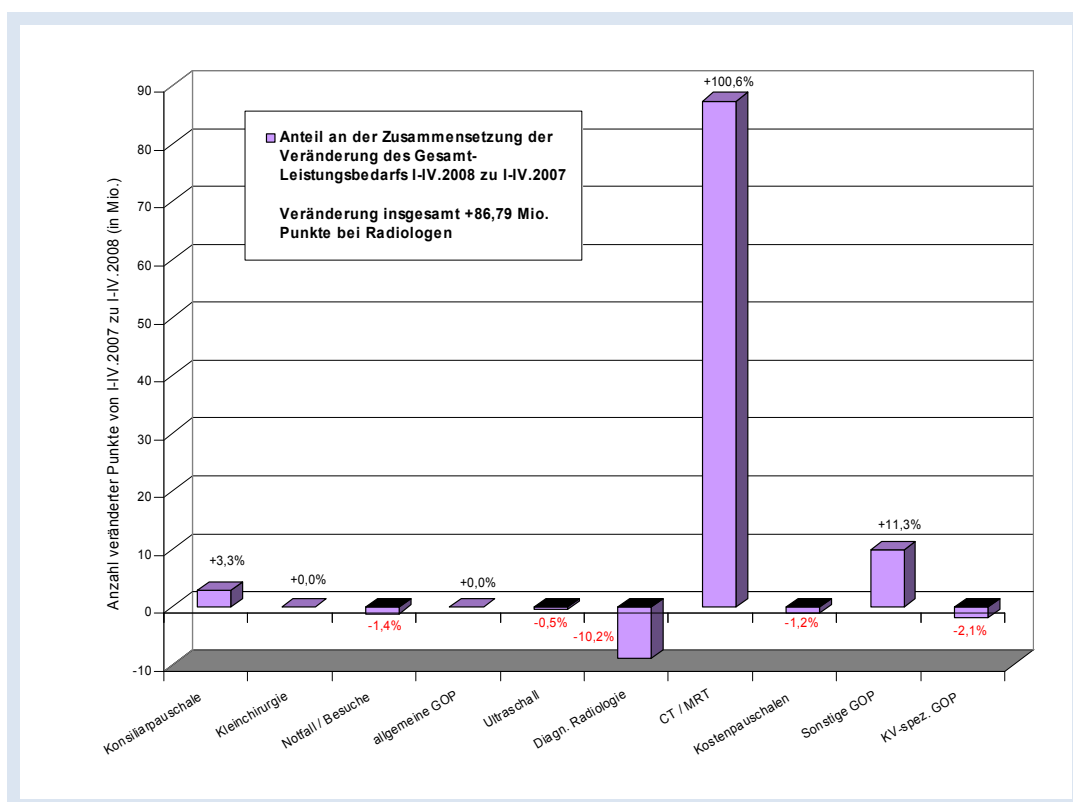


Abbildung 68: Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs in Punkten von 2007 zu 2008 differenziert nach Leistungssegmenten, mit zusätzlichem Ausweis des Anteils an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Radiologen

Den größten Anteil an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Radiologen trägt das **Leistungssegment „CT / MRT“**. Nahezu alle im Rahmen der Begleitstudie identifizierbaren Leistungen für dieses Segment verzeichnen Leistungsbedarfszuwächse; u.a. die innersegmentalen fünf Top-GOP 34410, 34411, 34450 für MRT-Leistungen und 34311, 34341 für CT-

Leistungen. Diese fünf Leistungen bilden einen 59,0%igen Anteil am Leistungsbedarf des Segments in 2008 (57,7% in 2007) und verzeichnen hier durch Höherbewertung (34410 +8,7%, 34411 +12,8%, 34450 +12,8%, 34311 +8,3%, 34341 +12,8%) und größtenteils Anstieg der Leistungshäufigkeit (34410 +6,3%, 34411 +5,1%, 34450 +4,3%, 34311 +0,0%, 34341 +5,6%) einen Zuwachs ihres Leistungsbedarfs (34410 +20,0%, 34411 +18,6%, 34450 +17,6%, 34311 +8,3%, 34341 +14,8%). Unter den Top-GOP der Radiologen finden sich die genannten Leistungen auf den Rängen zwei bis sechs, was den Effekt des Segments auf den Gesamt-Leistungsbedarf kennzeichnet.

Das **Leistungssegment „Sonstige GOP“** zeichnet mit einem Anteil von +11,3% an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs. Die GOP 34502 *CT-gesteuerte Intervention*, deren Anteil am Leistungsbedarf des Segments in 2008 51,6% (2007 44,8%) beträgt, erhielt eine Höherbewertung (8,8%) und verzeichnet daneben einen Anstieg der Leistungshäufigkeit um 19,4%. Somit erhöht sich deren Leistungsbedarf 2008 im Vergleich zu 2007 um 29,9%.

Der Anteil von -10,2% an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs im **Leistungssegment „Diagnostische Radiologie“** begründet sich im Abfall der Leistungshäufigkeiten für einen Großteil der GOP dieses Segments. Insbesondere die Top-Leistung bei den Radiologen; GOP 34270 *Mammographie* (Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf 8,9% in 2008, 10,4% in 2007) sinkt in ihrer Häufigkeit von 176.823 in 2007 auf 156.711 in 2008 (-11,4%) und verzeichnet somit einen Abnahme von -9,78 Mio. Punkte (-7,7%) bezogen auf ihren Leistungsbedarf.

### 3.3.26.5 Top-5 Gebührenordnungspositionen

Die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen in den Quartalen I-IV.2008 bei Radiologen sind mit einem Anteil an der Gesamtleistung von zusammen 38,0% (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

34270	Mammographie [8,9%]
34450	MRT- Untersuchung der Extremitäten außer der Hand, des Fußes [8,6%]
34411	MRT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule [8,5%]
34311	CT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule [6,9%]

34410 MRT-Untersuchung des Neurocraniums [5,0%]

Zum Vergleich sind in den Quartalen I-IV.2007 die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen, die zusammen 39,9% der Gesamtleistung verursachen (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

34270 Mammographie [10,4%]

34450 MRT- Untersuchung der Extremitäten außer der Hand, des Fußes [7,8%]

34411 MRT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule [7,7%]

34311 CT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule [6,9%]

34410 MRT-Untersuchung des Neurocraniums [4,5%]

#### *3.3.26.6 Analyse nach Gebührenordnungspositionen*

Neben den in der Analyse nach Leistungssegmenten (s.o.) beschriebenen relevanten Veränderungen sind bei den Radiologen keine Auffälligkeiten bezogen auf weitere GOP festzustellen.

### 3.3.27 Urologen

#### 3.3.27.1 Eckwerte Gesamt-Zeitraum I-IV- Quartal

Bei den **230 urologischen Praxen** mit Leistungsdaten in beiden Vergleichszeiträumen ist der **Gesamt-Leistungsbedarf** von I-IV.2007 gegenüber I-IV.2008 um insgesamt 15,5% gestiegen. Diese Steigerung resultiert zum einen aus einer **Fallzahlsteigerung** von 2,3% und zum anderen aus einer Zunahme des durchschnittlichen **Leistungsbedarfs je Fall** von 12,9%.

#### 3.3.27.2 Eckwerte Einzelquartale I-IV- Quartal

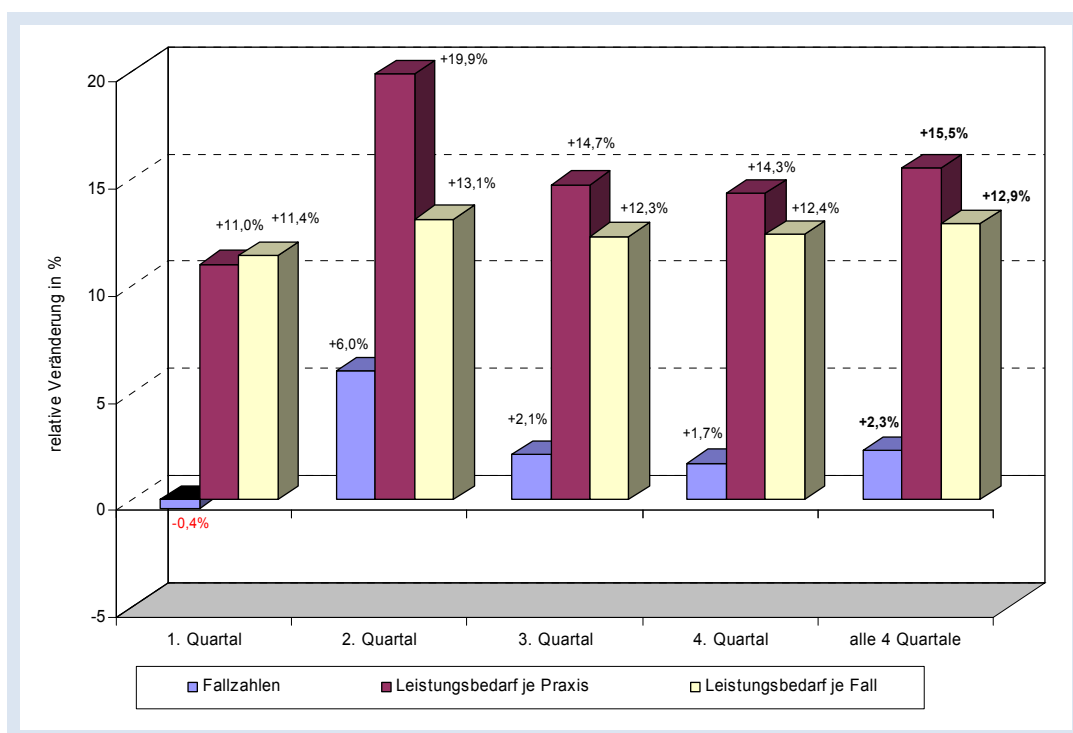


Abbildung 69: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzelquartale 2008 gegenüber 2007 bei Urologen

Im Vergleich der EBM 2008-Quartale zeigen sich, hinsichtlich des Bewertungseffekts als Veränderung des Leistungsbedarfs je Fall, gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal bei Urologen Zunahmen zwischen 11,4% und 13,1% (siehe Abbildung 69). Im zweiten Quartal 2008 fällt die Zunahme dabei am höchsten aus, im ersten Quartal 2008 am niedrigsten. Der Mengeneffekt als Veränderung der Fallzahl ist mit -0,4% beim Vergleich des Zeitraums I.2007 zu I.2008 am geringsten und beim Vergleich II.2007 gegenüber II.2008 mit 6,0% am höchsten.

Die Veränderung der Gesamtleistung bei Urologen als Leistungsbedarf je Praxis variiert beim Vergleich der EBM 2008-Quartale gegenüber den Vorjahresquartalen in einer Größenordnung von 11,0% bis 19,9% und ist im ersten Quartal am niedrigsten und im zweiten Quartal am höchsten ausgeprägt (siehe Abbildung 69).

### 3.3.27.3 Leistungsbedarfsveränderung je Fall und Praxisgröße

In 95,2% der Praxen nimmt der Leistungsbedarf je Fall gegenüber dem Vorjahreszeitraum zu. Leistungsbedarfsveränderung je Fall und Praxisgröße sind bei Urologen positiv korreliert. Das heißt mit zunehmender Praxisgröße steigt in dieser Fachgruppe der Anteil von Praxen mit einer Leistungsbedarfszunahme je Fall: bei kleineren Praxen beträgt er 93,4% und bei großen Praxen 97,4%.

### 3.3.27.4 Analyse nach Leistungssegmenten

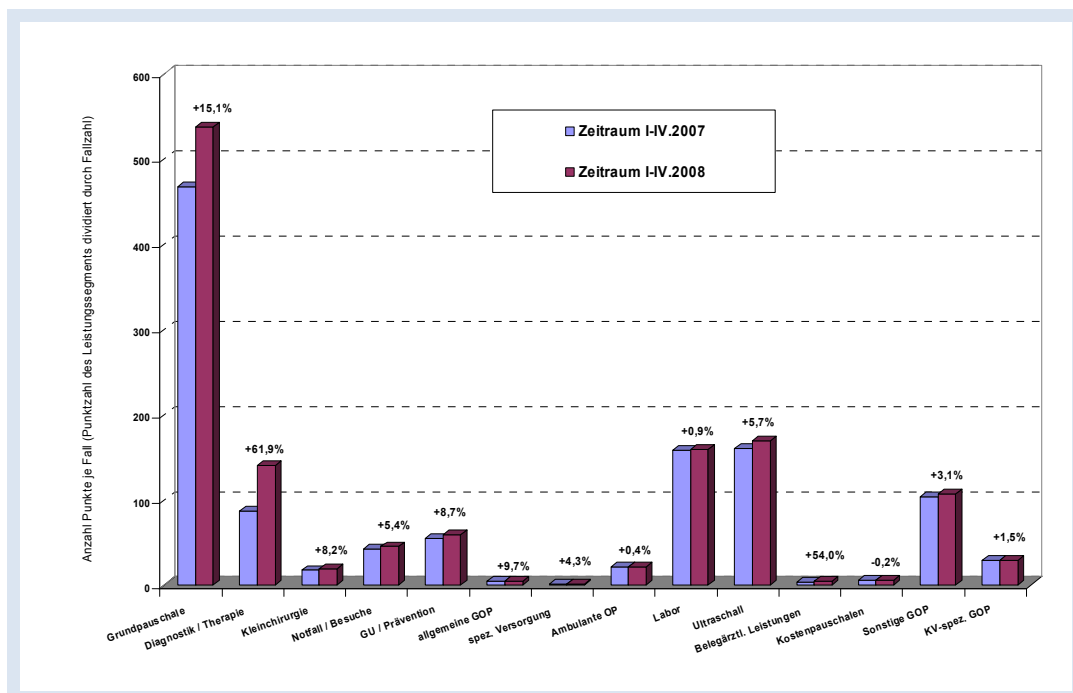


Abbildung 70: Anzahl EBM-Punkte je Fall differenziert nach Leistungssegmenten und deren relative Veränderungen im Vergleich 2007 zu 2008 bei Urologen

Die Analyse nach Leistungssegmenten zeigt, dass der Leistungsbedarf bei den Urologen im Wesentlichen aus den fünf Segmenten „Grundpauschale und ihren Teilleistungen“, „Diagnostische und therapeutische GOP“, „Laborleistungen“, „Ultraschalldiagnostik“ und „Sonstige GOP des EBM“ besteht (siehe Abbildung



70). Auf diese fünf Segmente entfallen im Zeitraum I-IV.2008 85,6% (I-IV.2007 84,6%) des Gesamt-Leistungsbedarfs von Urologen.

Die **Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs von 2007 zu 2008** bei den 230 urologischen Praxen um insgesamt **+224,71 Mio. Punkte** ergibt sich hauptsächlich aus Zunahmen in den Segmenten „Grundpauschale“, „Diagnostik / Therapie“ und „Ultraschalldiagnostik“, die mit einem Anteil von insgesamt +85,4% an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs zeichnen (siehe Abbildung 71).

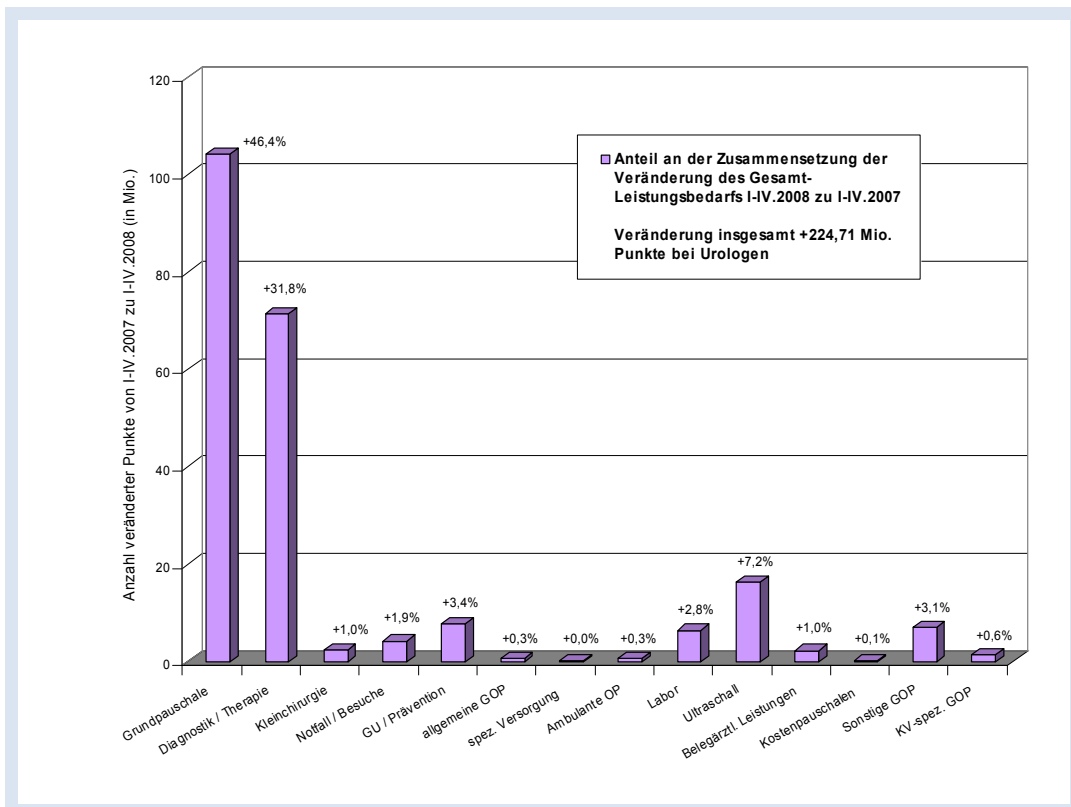


Abbildung 71: Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs von 2007 zu 2008 differenziert nach Leistungssegmenten, mit zusätzlichem Ausweis des Anteils an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Urologen

Der für die Urologen größte Anteil an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs entfällt mit +46,4% auf das **Leistungssegment „Grundpauschale“**. In die GOP für die Grundpauschalen 26210-26212 sind mehrere in 2007 einzeln neben den damaligen Ordinationskomplexen berechenbare GOP eingegangen. Zusätzlich verzeichnen diese einen Anstieg der Leistungshäufigkeit um bis zu 57,8% (26210) gegenüber 2007

Der Anstieg im **Leistungssegment „Diagnostik / Therapie“**, dessen Anteil an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs +31,8% beträgt, begründet sich fast gänzlich (zu 92,3%) in der 2008 neu eingeführten GOP 26315 *Zusatzpauschale Onkologie*. Diese geht mit 65,97 Mio. Punkten bei einer Leistungshäufigkeit von 9,5 je 100 Fälle in das Leistungssegment und mit einem Anteil von 3,9% in den Gesamt-Leistungsbedarf der Urologen ein.

Das **Leistungssegment „Ultraschalldiagnostik“** zeichnet mit einem Anteil von +7,2% an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs. Innerhalb des Segments entfällt ein Anteil von zusammen 98,6% (2007 98,4%) auf die GOP 33042 *Abdominelle Sonographie*, 33043 *Uro-Genital-Sonographie* und 33090 *Zuschlag Transkavitäre Untersuchung*. Diese erfuhren in 2008 eine leichte Höherbewertung (33042 +4,7%, 33043 +6,5%, 33090 +6,7%). Diese sowie ein leichter Anstieg der Leistungshäufigkeit je 100 Fälle der GOP 33042 (+4,7%) zeichnen für den Anstieg des Leistungsbedarfs für das Segment.

### 3.3.27.5 Top-5 Gebührenordnungspositionen

Die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen in den Quartalen I-IV.2008 bei Urologen sind mit einem Anteil an der Gesamtleistung von zusammen 60,8% (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

26212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr [30,5%]
26211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr [10,6%]
33043	Uro-Genital-Sonographie [10,3%]
32001	Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen [5,5%]
26315	Zusatzpauschale Onkologie [3,9%]

Zum Vergleich sind in den Quartalen I-IV.2007 die fünf leistungsbedarfsstärksten Gebührenordnungspositionen, die zusammen 40,7% der Gesamtleistung verursachen (in eckigen Klammern der gerundete Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf der Abrechnungsgruppe):

26212	Ordinationskomplex ab 60. Lebensjahr [13,4%]
33043	Uro-Genital-Sonographie [11,0%]

32001	Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen [6,0%]
26220	Beratung, Erörterung, Abklärung [5,6%]
80112	Ordinationskomplex ab 60. Lebensjahr (Gemeinschaftspraxen) [4,8%]

### 3.3.27.6 Analyse nach Gebührenordnungspositionen

Betrachtet man einzelne GOP, die im Rahmen der Analyse nach Leistungssegmenten (s.o.) noch nicht beschrieben worden sind, hinsichtlich relevanter Veränderungen, so fällt auf, dass die GOP 35110 *Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen* in ihrer Leistungshäufigkeit um 57,3% (von 15.760 auf 24.786) angewachsen ist. Zusätzlich erfolgte in 2008 eine leichte Höherbewertung der GOP um 6,2%, was insgesamt den Anstieg ihres Leistungsbedarfs um 67,0% begründet.

Die GOP 35100 *Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände* verzeichnet einen Leistungsbedarfsanstieg von 36,1%. Die Gründe finden sich in einer leichten Höherbewertung der Leistung um 6,2% in 2008 und einer Zunahme der Leistungshäufigkeit um 28,2% (von 19.309 auf 24.757).

### 3.3.28 Versorgungsbereich-übergreifende Praxen

Bei der Abrechnungsgruppe „Versorgungsbereich-übergreifende Praxen“ handelt es sich aufgrund verschiedenster Fachgruppenezusammensetzungen innerhalb der einzelnen Praxen um eine sehr heterogene Gesamtgruppe. Eine Praxis gilt als „versorgungsbereich-übergreifend“, wenn in einer solchen Praxis sowohl mindestens ein Facharzt und mindestens ein Hausarzt tätig sind. So können in solchen Praxen beispielsweise ein Allgemeinmediziner und ein Neurologe oder aber auch ein Hausarzt-Internist, ein Kinderarzt und ein Gynäkologe gemeinsam tätig sein.

Vor diesem Hintergrund erfolgt für die 102 Praxen an dieser Stelle keine inhaltliche Vertiefung, da unter methodischen Aspekten keine einheitlichen validen Aussagen zu dieser heterogenen Fachgruppenkonstellation von Haus- und Facharzt möglich sind.

### **3.4 Sonstige**

Bei der Abrechnungsgruppe „Sonstige“ handelt es sich um eine sehr heterogene Gesamtgruppe. So sind dieser Gruppe alle Arzt- bzw. Abrechnungsgruppen zugeordnet, die nicht aufgrund einer ausreichend großen Fallzahl in der untersuchten Datengrundlage an anderer Stelle des Berichts separat analysiert worden sind (vergleiche Abschnitt 1.4 / Methodik der Komplettdatenanalyse). So sind in dieser Gruppe u.a. 14 medizinische Versorgungszentren enthalten.

Vor diesem Hintergrund erfolgt für die 106 „Sonstigen“ keine inhaltliche Vertiefung, da unter methodischen Aspekten einheitliche valide Aussagen für die heterogene Gesamtgruppe nicht möglich sind.

## **4 Auswertungen zu besonderen Fragestellungen**

Die Begleitstudie soll einen Prä-/Post- und Quartalsvergleich der Abrechnungsdaten der KVen Brandenburg und Nordrhein umfassen und die Auswirkungen des EBM 2008 auf die Art und Häufigkeit der für vertragsärztliche Leistungen insgesamt und je Abrechnungsgruppe berechneten Gebührenordnungspositionen des EBM sowie des sich damit ergebenden Leistungsbedarfs in Punkten zum Gegenstand haben (vergleiche Abschnitt 1.2) Dabei ist nach Beschluss des Bewertungsausschuss vom 06.03.2008 besonders auf verschiedene Einzel-Aspekte zu den Auswirkungen des EBM 2008 einzugehen, die im Folgenden systematisch dargestellt werden.

### **4.1 Kalkulationszeiten / Zeithaushalte**

Ein Bericht zur Überprüfung der ärztlichen Arbeitszeithaushalte (vergleiche Abschnitt 1.3) war im Vorfeld auf der Datengrundlage des dritten Quartals vorgesehen. Zum aktuellen Zeitpunkt dieser Berichtsstellung liegen noch keine Auswertungsergebnisse vor, da bislang noch keine Einigung hinsichtlich des methodischen Vorgehens zwischen den Beteiligten erreicht werden konnte.

Sobald eine Festlegung auf das methodische Vorgehen erreicht sein wird, werden die detaillierten Analysen zu den Zeithaushalten nachträglich ergänzt.

### **4.2 Onkologische Zusatzpauschalen**

Um die Auswirkungen durch die Aufnahme von Zusatzpauschalen für die fachbezogene Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung in die Kapitel 7, 8, 9, 10, 13, 15 und 26 durch abrechnungsgruppenbezogene Analyse von Häufigkeit und Leistungsbedarf der betreffenden Gebührenordnungspositionen zu untersuchen, erfolgten im Rahmen der Begleitstudie Sonderauswertungen, die differenziert nach allen Quartalen des Jahres 2008 als vier separate Anlagen diesem Bericht beigefügt sind (siehe Abschnitt 6.3.1 bis Abschnitt 6.3.4).

Bei der Onkologie-Pauschale handelt es sich um eine Zusatzpauschale zur Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie oder Betreuung im Rahmen der Nachsorge, die von den ärztlichen Fachgruppen Chirurgen, Frauenärz-

ten, HNO-Ärzten, Hautärzten, Urologen, Gastroenterologen, Pneumologen und Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen abgerechnet werden kann.

Da die Ergebnisse im Quartalsverlauf nahezu gleichbleibend sind, wird im Folgenden beispielhaft auf die Ergebnisse des zweiten Quartals 2008 eingegangen. Hierbei ist zusammenfassend festzustellen, dass je Fachgruppe die Abrechnung von Zusatzpauschalen Onkologie mehr oder weniger verbreitet ist. Annähernd alle gynäkologischen und urologischen Praxen rechnen die betreffenden GOP ab. Vergleichsweise eng umgrenzt ist die Gruppe der Zusatzpauschalen abrechnenden Praxen bei Gastroenterologen, Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen und Chirurgen.

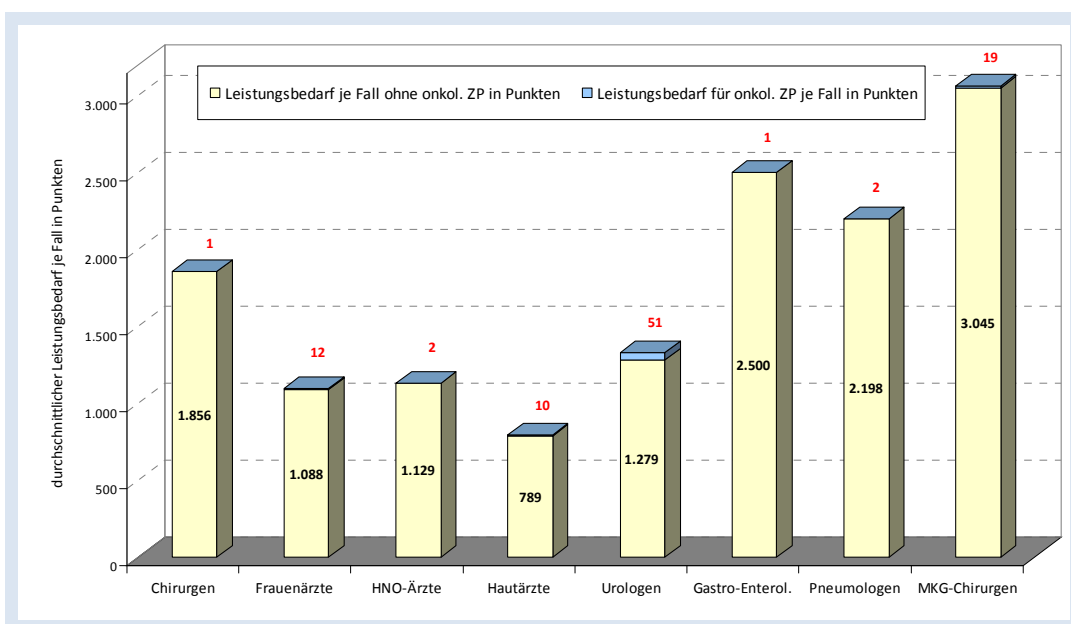


Abbildung 72: Anteil der Zusatzpauschale Onkologie am Leistungsbedarf je Fall in KV Brandenburg und Nordrhein im 2. Quartal 2008 differenziert nach Arztgruppen (Bezugsgröße sind alle onkologischen und nicht-onkologischen Fälle aller Praxen je Fachgruppe)

Die höchste mittlere Fallzahl von onkologischen Zusatzpauschalen je Praxis ist bei Urologen mit 138 bzw. 139 sichtbar, schränkt man auf die Pauschalenabrechnenden Praxen ein. Dahinter folgen Hautärzte mit im Mittel 40 Zusatzpauschalen je Praxis, bei Praxen, die diese GOP abrechnen. Auch gemessen am Leistungsbedarf hat die Abrechnung von onkologischen Zusatzpauschalen unter allen Fachgruppen bei Urologen das größte Gewicht. Im Mittel resultiert 3,8% des Leistungsbedarfs einer Praxis bei Urologen aus onkologischen Zusatzpauschalen.

Eine identische Verteilung ergibt sich bezogen auf den anteiligen Leistungsbedarf je Fall. Auch hier entstammt 3,8% des mittleren Leistungsbedarfs je Fall von Urologen der Abrechnung onkologischer Zusatzpauschalen.

Für die Onkologie-Zusatzpauschalen abrechnenden Praxen gilt: der Leistungsbedarf aus der Abrechnung onkologischer Zusatzpauschalen konzentriert sich je Fachgruppe auf eine relativ kleine Teilgruppe der Praxen, die diese Pauschalen abrechnen. Das bedeutet, dass relativ viele Praxen, die onkologische Zusatzpauschalen abrechnen, dies in einem vergleichsweise geringen Umfang praktizieren.

Dies ist in der Abbildung 72 nochmals zusammenfassend für das zweite Quartal 2008 dargestellt: bei den Urologen beträgt der durchschnittliche Leistungsbedarf je Fall für alle urologischen Praxen 1.330 Punkte, wovon 51 Punkte (3,8%) auf die Onkologie-Zusatzpauschale entfallen, wohingegen bei HNO-Ärzten nur zwei Punkte (0,2%) auf den durchschnittlichen Leistungsbedarf je Fall in Höhe von 1.131 Punkten entfallen.

### **4.3 Strahlentherapeuten**

Da für die Fachgruppe der Strahlentherapeuten in der untersuchten Datengrundlage aus den beiden KVen Nordrhein und Brandenburg keine ausreichend große Fallzahl vorhanden war (vergleiche Abschnitt 1.4 mit Mindestanzahl von 30 Praxen für Einzelausweis einer Abrechnungsgruppe), wurden Strahlentherapeuten im Rahmen der fachgruppenbezogenen Ursachenanalyse (vergleiche Abschnitt 3) in der Gruppe „Sonstige“ ausgewertet. Um dennoch die Auswirkungen des EBM 2008 durch die Beschlussfassung des (Erweiterten) Bewertungsausschusses zur Bewertung von Leistungen des Fachgebiets Strahlentherapie zu analysieren, wurde für die Gruppe der Strahlentherapeuten eine Sonderauswertung auf der Datengrundlage des dritten Quartals 2008 durchgeführt. Die Sonderauswertung, in der die Ergebnisse von acht zugelassenen und zehn ermächtigten Praxen zusammengefasst sind, ist als Anlage dem Bericht beigelegt (siehe Abschnitt 6.4).

Aufgrund der geringen Gesamtfallzahl von 18 Praxen erfolgt an dieser Stelle nur eine zusammenfassende Ergebnis-Darstellung. Für weitere Detailspekte wird auf die Tabellen der Anlage verwiesen (siehe Abschnitt 6.4). Insgesamt bleibt aber zu berücksichtigen, dass auf einer Datengrundlage mit so geringer Fallzahl, einer heterogenen Gruppenzusammensetzung (ermächtigte und zugelassene Praxen) und gleichzeitiger Fokussierung auf ein einzelnes Quartal keine validen Gesamtaussagen für die Fachgruppe getroffen werden können.

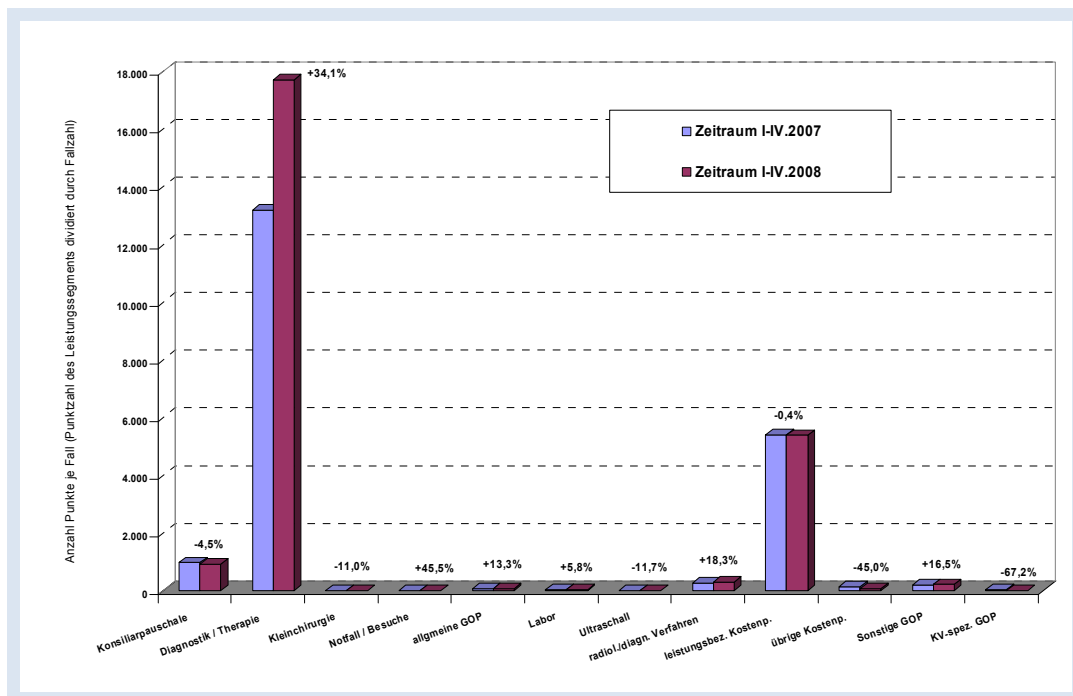


Abbildung 73: Anzahl EBM-Punkte je Fall differenziert nach Leistungssegmenten und deren relative Veränderungen im Vergleich III.2007 zu III.2008 bei Strahlentherapeuten

Zusammenfassend ist festzustellen, dass bei den 18 strahlentherapeutischen Praxen mit Leistungsdaten in beiden Vergleichszeiträumen der Gesamt-Leistungsbedarf von III.2007 gegenüber III.2008 um insgesamt 30,1% gestiegen ist. Diese Steigerung resultiert zum einen aus einer Fallzahlsteigerung von 6,7% und zum anderen aus einer Zunahme des durchschnittlichen Leistungsbedarfs je Fall von 22,0%.

Die Analyse nach Leistungssegmenten zeigt, dass der Leistungsbedarf bei den Strahlentherapeuten fast ausschließlich aus den beiden Segmenten „diagnostische und therapeutische Leistungen“ und „leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sachkosten der Strahlentherapie“ besteht (siehe Abbildung 73). Auf diese beiden Segmente entfallen im Zeitraum III.2008 93,4% (III.2007 91,9%) des Gesamt-Leistungsbedarfs von Strahlentherapeuten.

Die Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs von III.2007 zu III.2008 bei den 18 strahlentherapeutischen Praxen um insgesamt +30,02 Mio. Punkte ergibt sich fast ausschließlich durch die Zunahme in Höhe von 27,96 Mio. Punkten im Leistungssegment „diagnostische und therapeutische Leistungen“ (siehe Abbildung 74) und durch die Zunahme in Höhe von 1,66 Mio. Punkte im Segment „leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sachkosten der Strahlentherapie“.



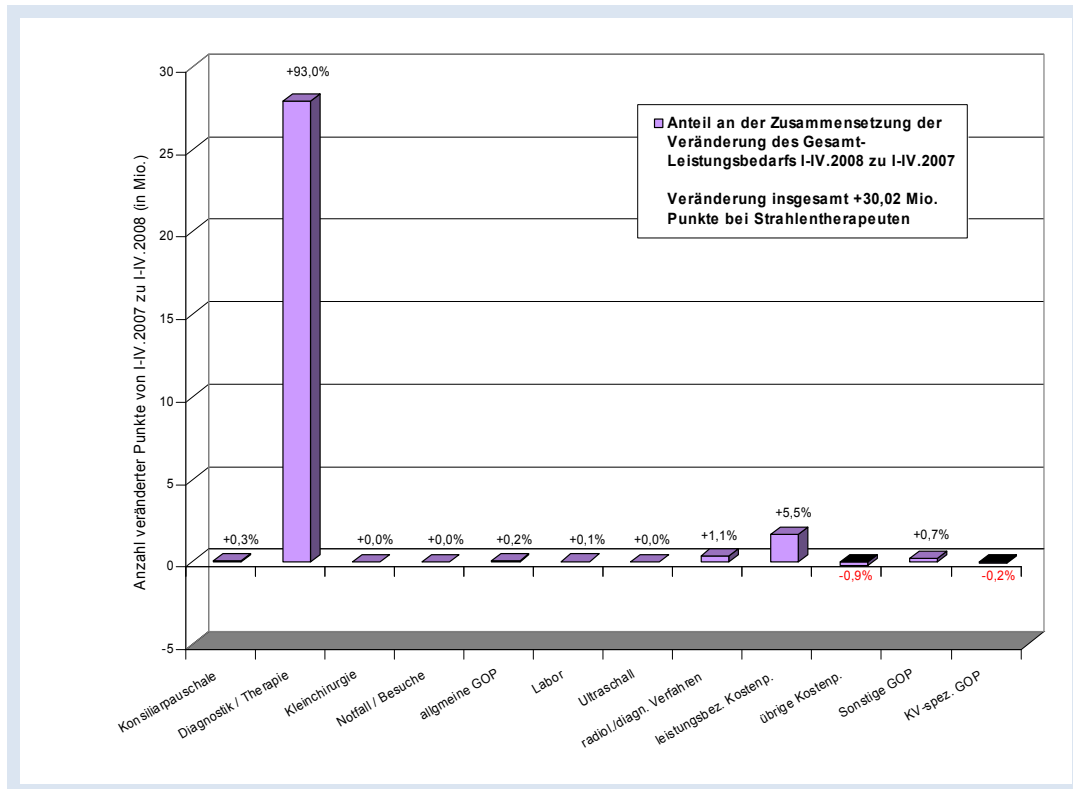


Abbildung 74: Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs in Punkten von III.2007 zu III.2008 differenziert nach Leistungssegmenten, mit zusätzlichem Ausweis des Anteils an der Zusammensetzung der Veränderung des Gesamt-Leistungsbedarfs bei Strahlentherapeuten

#### 4.4 Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen

Um die Auswirkungen durch die Einführung von Versichertenpauschalen, im hausärztlichen Versorgungsbereich und die Einführung von Grund- und Konsiliarpauschalen im fachärztlichen Versorgungsbereich zu untersuchen, erfolgte im Rahmen der Begleitstudie eine Sonderauswertung, die als Anlage diesem Bericht beigefügt ist (siehe Abschnitt 6.5).

Auf der Datenbasis der Quartale I-IV.2008 zu I-IV.2007 wurde tabellarisch dargestellt, wie häufig die Pauschalen je Fachgebiet und je 100 Behandlungsfälle abgerechnet worden sind. Beispielsweise wurde bei der Fachgruppe der Allgemeinmediziner in 2008 in 94,78 von 100 Behandlungsfällen die Versichertenpauschale abgerechnet, während in 2007 bei 92,88 von 100 Behandlungsfällen der Ordinationskomplex und in 198,70 von 100 Behandlungsfällen der Konsultationskomplex abgerechnet wurde. Weitere Einzelheiten sind den Ausführungen der Anlage zu entnehmen (siehe Abschnitt 6.5).

## 4.5 Chronikerzuschläge im hausärztlichen Versorgungsbereich

Auf der Datenbasis des ersten Quartals 2008 wurde eine Sonderauswertung im Rahmen der Begleitstudie durchgeführt, um die Auswirkungen des EBM 2008 durch die Einführung von sogenannten Chronikerzuschlägen im hausärztlichen Versorgungsbereich näher zu untersuchen.

Als Chronikerzuschläge werden die 2008 neu eingeführten GOP 03212 der allgemeinen hausärztlichen Versorgung und die GOP 04212 im Versorgungsbereich der Kinder- und Jugendmedizin bezeichnet, die Zuschläge zu den Versichertenpauschalen für die Behandlung eines Versicherten mit einer oder mehreren schwerwiegenden chronischen Erkrankung(en) gemäß § 2 Abs. 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten im Sinne des § 62 SGB V darstellen. Voraussetzung für die Abrechnung der Pauschale sind mindestens zwei Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall.

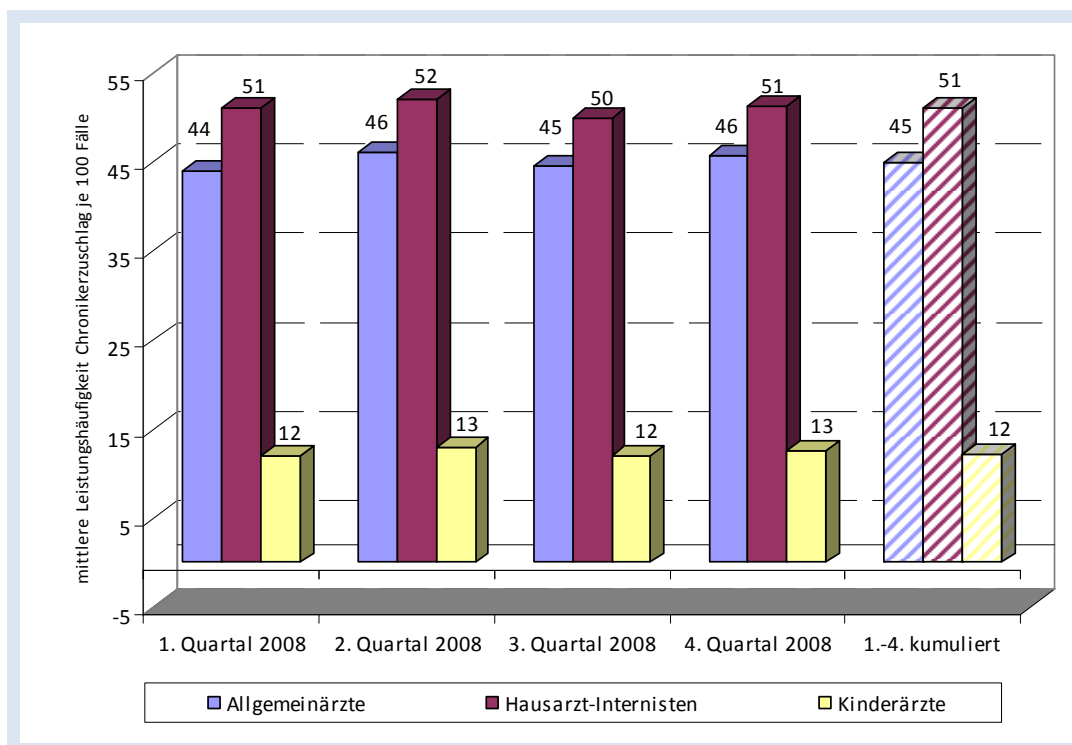


Abbildung 75: mittlere Leistungshäufigkeit Chronikerzuschlag je 100 Fälle für Allgemeinärzte, Hausarzt-Internisten und Kinderärzte in KV Brandenburg und Nordrhein in 2008 differenziert nach Quartalen

Der Chronikerzuschlag wurde im ersten Quartal 2008 bei Hausärzten (Allgemeinärzten, Hausarzt-Internisten und hausärztlichen diabetologischen Schwerpunkt-

praxen) im Mittel ungefähr bei jedem zweiten Patient abgerechnet, während Kinderärzte im Mittel bei ungefähr jedem zehnten Patient den Zuschlag ansetzen. Einzelheiten sind der Sonderauswertung zu entnehmen, die als Anlage diesem Bericht beigelegt ist (siehe Abschnitt 6.6).

Vergleicht man die mittlere Leistungshäufigkeit des Chronikerzuschlags je 100 Fälle im Quartalsverlauf des Jahres 2008 für Allgemeinärzte, Hausarzt-Internisten und Kinderärzte (siehe Abbildung 75), so ist der Anteil über die Quartale hinweg relativ konstant. Tendenziell ist bei allen drei Hausarztgruppen der Anteil im ersten und dritten Quartal geringfügig niedriger als in den anderen beiden Quartalen.

#### **4.6 Qualitätszuschläge im hausärztlichen Versorgungsbereich**

Die Auswirkung durch die Einführung von Qualitätszuschlägen im hausärztlichen Versorgungsbereich zum 01.01.2008 ist in der fachgruppenbezogenen Ursachenanalysen bei den Hausarztgruppen Allgemeinmediziner (siehe Abschnitt 3.2.1.4), bei den Hausarzt-Internisten (siehe Abschnitt 3.2.2.4) und bei den Kinderärzten (siehe Abschnitt 3.2.4.4) durch den separaten Ausweis des Leistungssegments „Qualitätszuschlag Psychosomatik“ bzw. „Qualitätszuschlag Psychosomatik bzw. Leistungen bei psychosomatischen Krankheitszuständen“ analysiert worden.

Der Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf für das Leistungssegment „Qualitätszuschlag Psychosomatik“ von 2007 (GOP 35100 und 35110) zu 2008 (GOP 03235) hat sich bei den Allgemeinmediziner von 1,1% auf 0,9% reduziert, während sich der Anteil bei den Hausarzt-Internisten von 0,5% auf 0,6% erhöht hat.

Bei den Kinderärzten hat sich der Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf für das Leistungssegment „Qualitätszuschlag Psychosomatik bzw. Leistungen bei psychosomatischen Krankheitszuständen“ von 2007 (GOP 35100 und 35110) zu 2008 (GOP 04235, 35100 und 35110) von 0,2% auf 0,6% erhöht.

Hintergrundinformation: Die 2008 eingeführten GOP 03235 und 04235 sind zu Gunsten der GOP 35100 und 35110 seit dem 01.01.2009 nicht mehr Bestandteil des EBM.

#### **4.7 Hausärztliche Schwerpunktpraxen**

Um die Auswirkungen des EBM 2008 auf hausärztliche Schwerpunktversorgung in den Bereichen Diabetologie, Hämatologie und Onkologie, HIV/AIDS und

Rheumatologie zu untersuchen, erfolgte im Rahmen der Begleitstudie eine Sonderauswertung auf der Datengrundlage des ersten Quartals 2008, die als Anlage diesem Bericht beigelegt ist (siehe Abschnitt 6.7).

Da in der untersuchten Datengrundlage der beiden KVen Nordrhein und Brandenburg lediglich für diabetologische Schwerpunktpraxen eine ausreichend große Fallzahl (n=220) zur Verfügung stand, können auf der Datenbasis im Rahmen der Begleitstudie für die Schwerpunkte Hämatologie und Onkologie (n=10), HIV/AIDS (n=7) und Rheumatologie (n=2) keine Aussagen getroffen werden. Aus diesem Grund beschränkt sich die Sonderauswertung auf diabetologische Schwerpunktpraxen, bei denen die Abrechnungsdaten des ersten Quartals 2008 gegen die des ersten Quartals 2007 verglichen werden.

Zusammenfassend kann für die hausärztlichen diabetologischen Schwerpunktpraxen festgehalten werden, dass der Leistungsbedarf je Fall im Mittel im Untersuchungszeitraum anstieg, wenn auch nicht so stark wie in den übrigen hausärztlichen Praxen. Je Praxis gab es ebenfalls im Mittel einen Anstieg des Leistungsbedarfs, der bei Allgemeinärzten stärker war als bei den übrigen hausärztlichen Praxen der Allgemeinärzte. Bei den Fachgruppen hausärztliche Internisten und fachübergreifende hausärztliche Praxen stieg der Leistungsbedarf im Mittel nicht in dem Maß wie bei den restlichen Praxen dieser Fachgruppen.

Überweisungsfälle haben in hausärztlichen diabetologischen Schwerpunktpraxen im Mittel einen höheren Anteil an allen Fällen als in übrigen hausärztlichen Praxen. Da die Diagnosen dieser Fälle der Datenbasis nicht zu entnehmen sind, lässt sich nicht eingrenzen, wie viel davon auf Diabetiker entfallen. Der Anteil der Überweisungsfälle war überwiegend rückläufig, bis auf allgemeinärztliche diabetologische Schwerpunktpraxen, wo dieses Verhältnis konstant blieb.

Der Leistungsbedarfsanstieg in allgemeinärztlichen diabetologischen Schwerpunktpraxen resultierte insbesondere aus der Abrechnung der Versichertenpauschale und ihrer Teilleistungen, des Chronikerzuschlags und KV-spezifischer GOP. Aus diesen Segmenten kam auch für alle Praxen der Fachgruppe im Wesentlichen der Leistungsbedarfsanstieg im Untersuchungszeitraum. Der Leistungsbedarfsanstieg in hausärztlich-internistischen oder -fachübergreifenden diabetologischen Schwerpunktpraxen resultierte insbesondere aus der Abrechnung des Chronikerzuschlags und KV-spezifischer GOP. Aus der Versichertenpauschale und ihren Teilleistungen kam auch ein gewisser Teil des Leistungsbedarfsanstiegs zustande, jedoch hatte dieses Leistungssegment für diese Praxen nicht

die vorrangige Bedeutung, die es für die Gesamtheit aller hausärztlich internistischen oder fachübergreifenden Praxen der Fachgruppe im Untersuchungszeitraum hatte. Hausärztliche diabetologische Schwerpunktpraxen rechneten im 1. Quartal 2008 anteilig häufiger als alle hausärztlichen Praxen Versichertenpauschalen ab, die bei Überweisung fällig werden (GOP 03121, 03122). Mehrere KV-spezifische GOP zur Diabetikerversorgung haben einen vergleichsweise hohen Anteil am Leistungsbedarf dieser Praxen. Den höchsten Anteil unter diesen GOP hat die GOP „90321 DMP Diabetes Typ 2, Leistungskomplex 1mal je Quartal“ bei allgemeinärztlichen und fachübergreifenden hausärztlichen diabetologischen Schwerpunktpraxen.

Weitere Einzelheiten können der Anlage (siehe Abschnitt 6.7) entnommen werden.

#### **4.8 Schmerztherapie gemäß Abschnitt 30.7**

Um die Auswirkungen des EBM 2008 durch die Beschlussfassung des (Erweiterten) Bewertungsausschusses zur Bewertung von Leistungen der Schmerztherapie gemäß Abschnitt 30.7 des EBM, zu untersuchen, erfolgte im Rahmen der Begleitstudie eine Sonderauswertung auf Basis der Abrechnungsdaten I-IV.2007 und I-IV.2008. Die Auswertung der Praxen mit Abrechnung ausgewählter schmerztherapeutischer Gebührenordnungspositionen ist als Anlage diesem Bericht beigelegt (siehe Abschnitt 6.8).

In der untersuchten Datengrundlage der beiden KVen Nordrhein und Brandenburg findet sich lediglich bei anästhesiologischen Praxen, die die neu eingeführte schmerztherapeutische GOP 30704 *Zuschlag für die Erbringung der Zusatzpauschale 30702 in schmerztherapeutischen Einrichtungen gemäß Anlage I der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie und Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Präambel Nr. 5* abgerechnet haben, eine ausreichend große Fallzahl (n=29), weshalb sich die Sonderauswertung allein auf das Fachgebiet der Anästhesie beschränkt. Mit Ausnahme von Allgemeinarztpraxen (n=1), fanden sich keine anderen ärztlichen Fachgruppen in der Datengrundlage.

Zusammenfassend kann man festhalten, dass bei anästhesiologischen Schmerztherapie-Praxen, die die GOP 30704 abgerechnet haben, im Vergleich zu den übrigen anästhesiologischen Praxen der Leistungsbedarfsanstieg sowohl je Praxis als auch je Fall deutlich ausgeprägter ist. Relativierend ist aber zu berücksichtigen, dass der absolute Leistungsbedarf je Fall bei anästhesiologischen Schmerz-

therapie-Praxen sowohl in 2008 als auch in 2007 geringer ausgeprägt ist als bei den übrigen anästhesiologischen Praxen.

#### **4.9 Entwicklung Überweisungsgeschehen und Vertretungsfälle**

Die Entwicklung des Überweisungsgeschehens und der Vertretungsfälle im Zusammenhang mit der Entwicklung der Fallzahl seit Einführung des EBM 2008 ist im Abschnitt 2.1 (Leistungsbedarf und Fallzahlen), 2.3 (Überweisungsanteil) und 2.4 (Vertretungsfälle) detailliert für die einzelnen Arzt- bzw. Abrechnungsgruppen dargestellt.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass für alle 12.634 Praxen von I-IV.2007 zu I-IV.2008 bei einer beobachteten Zunahme der Fallzahl um +1,9% (siehe Tabelle 1) eine Veränderung der Überweisung in Höhe von +0,1%-Punkte (siehe Tabelle 3) stattgefunden hat. Der Anteil der Vertreterfälle an allen Fällen ist in I-IV.2007 und I-IV.2008 mit jeweils 2,5% konstant geblieben (siehe Tabelle 5), wobei die Vertreterfälle je Praxis von 99 in I-IV.2007 auf 100 in I-IV.2008 (+1,6%) gestiegen sind (siehe tabellarische Darstellung im Abschnitt 6.1)

#### **4.10 Beschlussfassung (Erweiterter) Bewertungsausschuss zur Bewertung von Leistungen verschiedener Fachgebiete**

Im Rahmen der EBM-Begleitstudie sollte auch die Auswirkungen des EBM 2008 durch die Beschlussfassung des (Erweiterten) Bewertungsausschusses zur Bewertung von Leistungen der Fachgebiete Gynäkologie und Reproduktionsmedizin, Kinder- und Jugendmedizin, Psychosomatische Medizin, Neurologie und Nervenheilkunde, Orthopädie, Pathologie, Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie untersucht werden. Dies ist im Rahmen der Berichtsstellung detailliert im Abschnitt 3 (Ursachenanalyse nach Fachgruppen) im jeweiligen Arzt- bzw. Abrechnungsgruppenkapitel erfolgt. Die diesen Analysen zu Grunde liegenden Daten finden sich zusätzlich in tabellarischer Form im Anhang als „*Tabellenband Komplettdatenanalyse: Basisauswertungen mit Jahresvergleich I-IV.2008 zu I-IV.2007 (Version 1.0 mit Stand 19.05.2009)*“ (siehe Abschnitt 6.1) und ergänzt um den „*Tabellenband Komplettdatenanalyse: Auswertungen für weitere ausgewählte Fachgruppen mit Quartalsvergleich I-IV.2008 zu I-IV.2007 (Version 1.0 mit Stand 19.05.2009)*“ (siehe Abschnitt 6.2).

Für die Reproduktionsmedizin erfolgt unabhängig vom Bericht zur EBM-Begleitstudie durch das Institut des Bewertungsausschusses aktuell eine Überprüfung der Bewertung reproduktionsmedizinischer Leistungen. Die Ergebnisse hierzu werden separat in Form eines Berichts dokumentiert.

#### **4.11 Allgemeine Bestimmung 4.1**

Um die Auswirkungen des EBM 2008 in Verbindung mit der Allgemeinen Bestimmung 4.1 zur Berechnung von Versicherten- und Grundpauschalen bei einer kurativ-ambulanten und kurativ-stationären (belegärztlichen) Behandlung in demselben Quartal zu untersuchen, wurde die Sonderauswertung Versichertenpauschale (siehe Abschnitt 4.4) entsprechend modifiziert. Die Ergebnisse sind den Auswertungstabellen der Sonderauswertung zu entnehmen (siehe Abschnitt 6.5).

Einschränkend ist jedoch zu berücksichtigen, dass in den analysierten Abrechnungsdaten der KVen Nordrhein und Brandenburg eine Differenzierung nach belegärztlicher Tätigkeit mit der vorliegenden Datenbasis nicht aussagekräftig ist, da in fast allen Arztgruppen nur einzelne belegärztliche Praxen zu finden sind. Belegärztliche HNO-Praxen in der Datenbasis sind zwar in gewissem Maß belegärztlich tätig, Belegärzte sind jedoch im Vergleich zum Bundesdurchschnitt unterrepräsentiert. Im Bundesgebiet sind 39 % der HNO-Ärzte belegärztlich tätig, in der Datenbasis der Begleitstudie nur 28 %.

#### **4.12 Allgemeine Bestimmung 5.1**

Um die Auswirkungen des EBM 2008 in Verbindung mit der Allgemeinen Bestimmung 5.1 zur Berechnung von Leistungen durch (Teil-) Berufsausübungsgemeinschaften, Arztpraxen mit angestellten Ärzten oder Medizinische Versorgungszentren zu analysieren, erfolgte zusätzlich zu den Auswertungen im Abschnitt 2.1 bis Abschnitt 2.6.1.1 (siehe Kapitel 2) eine Sonderauswertung für Gemeinschaftspraxen auf der Datengrundlage des ersten Quartals 2008. Das Ergebnis dieser Sonderauswertung ist als Tabelle dem Anhang beigefügt (siehe Abschnitt 6.9).

#### 4.12.1.1 Gemeinschaftspraxen

Ergebnis der Sonderauswertung Gemeinschaftspraxen ist, dass in den 2.199 Gemeinschaftspraxen der „EBM-Effekt“ als Leistungsbedarfsänderung je Fall von I.2007 auf I.2008 mit 7,3% um gut 3 Prozentpunkte niedriger ausfällt als der Gesamtwert (10,5%) über alle 14.028 Praxen (Einzelpraxen und Gemeinschaftspraxen).

Bei fachgleichen (8,6%) und fachübergreifenden hausärztlichen Gemeinschaftspraxen (8,3%) liegen die Werte etwas höher als bei fachgleichen (6,0%) und fachübergreifenden fachärztlichen Gemeinschaftspraxen (7,5%). Am höchsten fällt der „EBM-Effekt“ (mit 9,8%) bei fach- und versorgungsübergreifenden Gemeinschaftspraxen“ aus.

Bei der Entwicklung des Leistungsbedarfs je Praxis spiegelt sich die Fallzahlenentwicklung wieder. Der Fallzahlenanstieg ist bei fachgleichen (2,3%) und fachübergreifenden hausärztlichen Gemeinschaftspraxen (2,0%) am höchsten. Fach- und versorgungsübergreifende Gemeinschaftspraxen verzeichnen (mit 0,4%) dagegen nur eine marginale Zunahme der Fallzahlen. Fachgleiche (mit -1,1%) und fachübergreifende fachärztliche Gemeinschaftspraxen (mit -0,8%) weisen einen leichten Rückgang auf.

Während sich die Fallzahlenentwicklung bei fachgleichen und fachübergreifenden hausärztlichen Gemeinschaftspraxen mit der Entwicklung der Fallzahlen aller hausärztlichen Praxen (Allgemeinärzte und Hausarzt-Internisten) deckt, fällt der „EBM-Effekt“ bei letzteren (mit 14,0% bei Allgemeinärzten und 12,6% bei Hausarzt-Internisten) deutlich höher aus.

#### 4.12.1.2 Medizinische Versorgungszentren

Wie im Abschnitt 1.4 dargestellt wurde eine Mindestanzahl für den Einzelausweis einer Abrechnungsgruppe a priori festgelegt. Aus diesem Grund wurden die Medizinischen Versorgungszentren (n=14) wegen ihrer geringen Anzahl im Rahmen der kumulierten Quartalsergebnisse (Vergleich I-IV.2007 zu I-IV.2008) unter der Abrechnungsgruppe „Sonstige“ subsumiert (siehe Abschnitt 2 und Abschnitt 3.4).

Deshalb erfolgt an dieser Stelle eine separate Darstellung der Medizinischen Versorgungszentren, die sich auf die Ergebnisse der Einzelquartale fokussiert (Vergleich I.2007 zu I.2008, II.2007 zu II.2008, III.2007 zu III.2008 und IV.2007 zu IV.2008). Bei dieser Betrachtungsperspektive ist einschränkend zu berücksichtigen, dass die Anzahl der Versorgungszentren in Abhängigkeit vom Untersu-



chungszeitraum differiert (vergleiche Methodik der Komplettdatenanalyse im Abschnitt 1.4). Waren im ersten Quartal 2008 noch 28 Zentren in der Datengrundlage enthalten, hat sich die Anzahl im zweiten Quartal auf 39, im dritten Quartal auf 42 und im vierten Quartal bis auf 70 Zentren erhöht, so dass Vergleiche zwischen einzelnen Quartalen nur eingeschränkt valide sind, zumal die Zentren unterschiedlichste fachärztliche Zusammensetzungen aufweisen können.

Die relativen Veränderungen von Fallzahl, Leistungsbedarf je Praxis und Leistungsbedarf je Fall für die Medizinischen Versorgungszentren sind der Abbildung 76 für die jeweiligen Einzel quartale zu entnehmen.

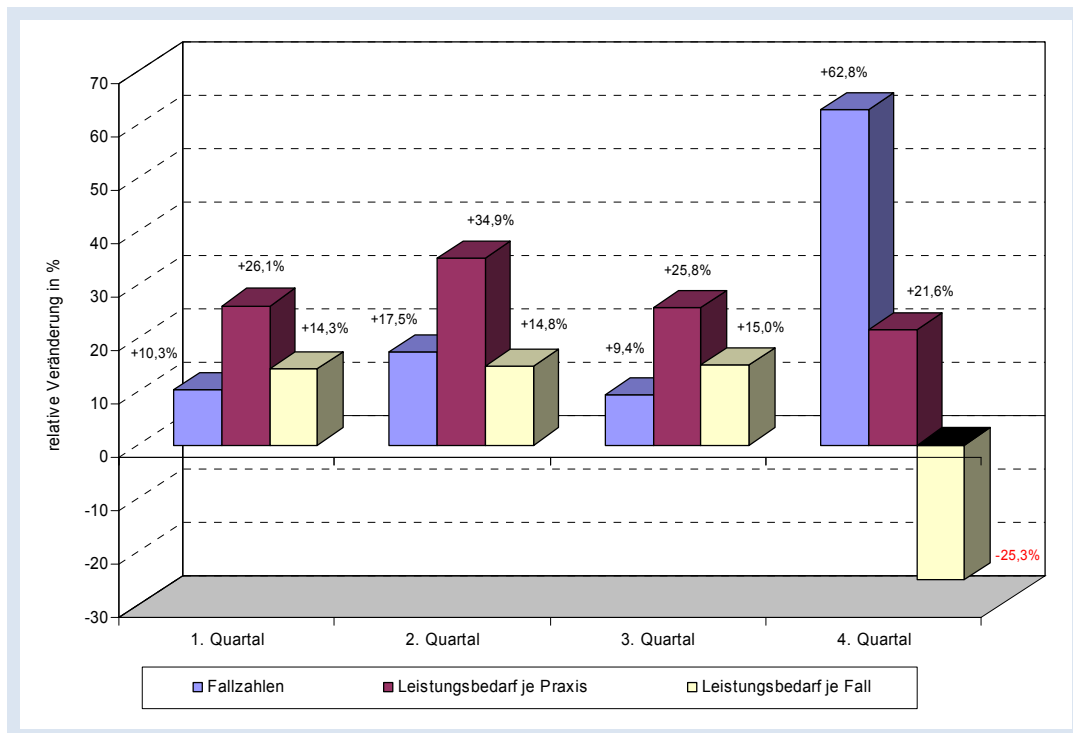


Abbildung 76: Entwicklung von Fallzahlen sowie Leistungsbedarf je Praxis und je Fall beim Vergleich der Einzel quartale 2008 gegenüber 2007 bei Medizinischen Versorgungszentren

Die Zunahme des Leistungsbedarfs je Praxis variiert zwischen minimal 21,6% (viertes Quartal) und 34,9% (zweites Quartal). Die Zunahmen des Leistungsbedarfs je Fall ist im ersten bis dritten Quartal jeweils mit rund 15% relativ konstant (siehe Abbildung 76), während im vierten Quartal eine Abnahme des Leistungsbedarfs je Fall von 25,3% eingetreten ist. Gleichzeitig hat im vierten Quartal eine enorme Zunahme der Fallzahl um 62,8% stattgefunden, während die Fallzahl in den ersten drei Quartalen mit ca. 10-17% deutlich geringer ausgefallen ist.

Die gegenläufige Entwicklung im vierten Quartal von negativem Leistungsbedarf je Fall und enormer Zunahme der Fallzahl steht in zeitlichem Zusammenhang mit der Laborreform, die zum 01.10.2008 umgesetzt worden ist und eventuell einen Einfluss auf strukturelle Zusammensetzungen bei Neugründung von Medizinischen Versorgungszentren haben könnte.

## 5 Zusammenfassung

### 5.1 Analyseauftrag und Datengrundlage

Zum 01.01.2008 sind im „Einheitlichen Bewertungsmaßstab“ (EBM), der „Gebührenordnung“ ambulanter ärztlicher Leistungen für gesetzlich krankenversicherte Patienten, u.a. bedingt durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) Änderungen eingeführt worden. Diese bestehen im Wesentlichen aus einer grundsätzlichen Pauschalierung ärztlicher Einzelleistungen, einer generellen Höherbewertung von Leistungen (u.a. infolge Mehrwertsteuererhöhung in 2007 und Anpassung des Arztlohns an die im stationären Bereich erzielten Tarifabschlüsse) sowie aus strukturellen Anpassungen für einzelne ärztliche bzw. psychotherapeutische Fachgruppen.

Ziel der wissenschaftlichen Begleitung zur Einführung des EBM 2008 ist, die Auswirkungen des neuen pauschalierten Vergütungssystems ambulanter ärztlicher Leistungen für gesetzlich krankenversicherte Patienten auf das tatsächliche Leistungs- und Abrechnungsgeschehen zu analysieren. Die wissenschaftliche Begleitung wurde von den drei Instituten InBA, WIdO und ZI im Auftrag des Bewertungsausschusses durchgeführt.

Datengrundlage sind die sachlich-rechnerisch richtig gestellten Abrechnungsdaten von 12.634 Praxen aus den Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Brandenburg, welche in beiden Untersuchungszeiträumen vertreten sind. Untersuchungszeitraum sind die Quartale I-IV.2008 im Vergleich mit den Quartalen I-IV.2007.

### 5.2 Bewertungs-, Mengen- und Gesamt-Effekt

Durchschnittlich stieg der Leistungsbedarf je Fall (Bewertungseffekt) um 11,5%. Für fast alle Arzt-/Abrechnungsgruppen hat der EBM 2008 zu einem positiven Bewertungseffekt bzw. einem Punktzahlenzuwachs je Behandlungsfall geführt. Lediglich bei der Abrechnungsgruppe „Sonstige“ (-0,3%), den Nephrologen (-2,0%) und Pathologen (-10,6%) sind Punktzahlabnahmen je Fall festzustellen.

Der Anteil der Praxen mit Leistungsbedarfszunahmen je Fall beträgt 89,0%. Nach Arzt-/Abrechnungsgruppen ist der Anteil der Praxen mit einer Leistungsbedarfszunahme je Fall bei Kardiologen mit 97,6% am höchsten und bei Pathologen mit 19,0% am niedrigsten.

Die durchschnittliche Zahl abgerechneter Fälle je Praxis ist – ausgenommen bei Radiologen (-2,4%) und Gynäkologen (-0,1%) – in jeder Abrechnungsgruppe gestiegen, im Durchschnitt aller Fachgruppen um 1,9%. Deutlich über dem Durchschnitt liegt der Fallzahlzuwachs bei der Abrechnungsgruppe „Sonstige“ (8,4%), bei Ärztlichen Psychotherapeuten (8,2%), Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten (7,6%), Ärzten für psychosomatische Medizin (7,4%), Anästhesisten (6,7%) sowie Kinder- und Jugendpsychiatern (6,6%). Am geringsten ausgeprägt ist der Fallzahlzuwachs bei Kinderärzten (0,4%), HNO-Ärzten (0,6%) und Augenärzten (0,7%).

Es zeigt sich in fast allen Abrechnungsgruppen eine Zunahme des abgerechneten Leistungsbedarfes je Praxis. Über die Schnittmenge aller analysierten Praxen sind dies 13,7%. Deutlich über dem Durchschnitt liegen dabei Kardiologen (32,4%) sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (22,9%), Neurologen (22,9%), ärztliche Psychotherapeuten (22,3%), Ärzte für Psychosomatische Medizin (22,0%) sowie Psychologische Psychotherapeuten (21,8%). Deutlich unter dem Durchschnitt rangieren Nephrologen (3,2%) und Pathologen (-9,5%), der einzigen Fachgruppe mit einer negativen Leistungsbedarfsentwicklung je Praxis.

Die Leistungsbedarfsveränderung je Praxis und Fall fällt nach Kassenarten (Primär- und Ersatzkassen) bei Ersatzkassen geringfügig höher aus als bei Primärkassen. Über die Schnittmenge aller analysierten Praxen ergibt sich für Primärkassen eine Leistungsbedarfszunahme von 13,3% je Praxis und 11,3% je Fall. Für Ersatzkassen liegen die Werte bei 14,3% je Praxis und 11,9% je Fall.

### 5.3 Überweisungsanteil, Vertretungsfälle, GOP je Fall

Der Anteil der Überweisungen an allen Behandlungsfällen hat sich in den Vergleichszeiträumen kaum verändert. Insgesamt werden hausärztliche Praxen nur von einem geringen Anteil ihrer Patienten mit Überweisung aufgesucht. Der Anteil der Vertretungsfälle an allen Behandlungsfällen bleibt in den Vergleichszeiträumen mit 2,5% annähernd konstant.

Mit der Komplexierung bzw. Einführung der Versicherten-/Grundpauschalen im EBM 2008 reduziert sich die Zahl abgerechneter Gebührenordnungspositionen je Praxis und je Fall deutlich. Über die Schnittmenge aller analysierten Praxen ist beides von den Quartalen I-IV.2007 auf die Quartale I-IV.2008 um gut ein Drittel zurückgegangen. Ausgenommen davon sind lediglich Radiologen und Patholo-

gen, da für diese Fachgebiete keine Komplexierung im EBM 2008 vorgenommen wurde bzw. keine Grundpauschalen existieren.

#### 5.4 Differenzierung nach Praxisgröße, Verteilungsanalysen

Der Anteil der Praxen mit Leistungsbedarfszunahmen je Fall variiert nach Praxisgröße und fällt bei mittleren (mit 90,4%) und großen (mit 91,7%) gegenüber kleinen Praxen (mit 85,0%) höher aus.

Der Anteil einer Fachgruppe am Gesamtleistungsvolumen in der Analyse des Vergleichs der Zeiträume I–IV.2008 zu I–IV.2007 ist ein Indikator für Verschiebungen zwischen den Fachgruppen. Insgesamt können fünf Abrechnungsgruppen ihren Anteil am Gesamt-Leistungsbedarfsvolumen vergrößern: Allgemeinmediziner um +0,77 Prozentpunkte, Psychologische Psychotherapeuten (+0,25), Kardiologen (+0,17), Hausarzt-Internisten (+0,11) sowie Hautärzte (+0,06). Bei elf Abrechnungsgruppen ist eine Verringerung des Anteils am Gesamt-Leistungsbedarfsvolumen eingetreten. Das betrifft versorgungsbereich-übergreifende Praxen (-0,05), Augenärzte (-0,09), Radiologen (-0,10), Sonstige (-0,11), HNO-Ärzte (-0,13), Pathologen (-0,16), Nephrologen (-0,18), Orthopäden (-0,23), Kinderärzte (-0,25), Gynäkologen (-0,26) und die Gesamtgruppe der Fach-Internisten mit -0,29 Prozentpunkten.

#### 5.5 Ursachenanalyse nach Fachgruppen

Eine Zusammenfassung der abgerechneten Gebührenordnungspositionen nach Leistungssegmenten verfolgt das Ziel, für verschiedenen Abrechnungsgruppen die Schwerpunkte der Leistungsbedarfskonzentration erkennbar zu machen und ihre Veränderung zwischen altem und neuem EBM aufzuzeigen. Dazu werden die GOP je Arztgruppe zu typischen Leistungsgruppen bzw. -segmenten zusammengefasst. Grundlage dabei ist die Zuordnung nach Abschnitten des neuen EBM 2008.

**Hausärzte:** Bei den Allgemeinmedizinerinnen und den Hausarzt-Internisten resultieren die Leistungsbedarfszunahmen in erster Linie aus den Segmenten „Versichertenpauschale“ und „Chronikerzuschlag“, bei den Kinderärzten zusätzlich aus den Segmenten „Notfall/Besuche“ und „Gesundheitsuntersuchung/Prävention“. Bei den Kinderärzten sind die Leistungsbedarfszunahmen im Segment Versichertenpauschale deutlich geringer ausgeprägt als bei anderen Hausarztgruppen. Dies resultiert aus der GOP 04311 *Ganzkörperstatus*, die bei Kalkulation der Pauschale

an der Leistungsfrequenz übriger Hausärzte gemessen wurde, wobei diese aber anders als bei Kinderärzten - eher selten abgerechnet wurde.

**Fach-Internisten:** Segmente mit besonderer Bedeutung für den Leistungsbedarfsanstieg bei den fachärztlichen Internisten sind in erster Linie die Segmente „schwerpunktorientierte internistische Versorgung“ und „Grundpauschale und ihre Teilleistungen“, bei den Hämatologen/Onkologen zusätzlich die Segmente „Laborleistungen“ und „Notfall/Besuche“ sowie das Segment „Kostenpauschalen“ bei den Nephrologen. Der hohe Leistungsbedarfsanstieg je Fall bei den Kardiologen (+28,8 %) resultiert aus der schwerpunktorientierten internistischen Versorgung und ist Folge einer Aufteilung des kardiologisch-diagnostischen Komplexes in eine Zusatzpauschale Kardiologie I und II.

**Pathologen:** Der Rückgang des Gesamt-Leistungsbedarfs sowie des Leistungsbedarfs je Fall ist bei Pathologen hauptsächlich auf die Abwertung (von 280 Punkten in 2007 auf 145 Punkte in 2008) der GOP 19312 *Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 19310 und 19311 für die Anwendung von Sonderverfahren* zurückzuführen.

**Psychotherapeutisch tätige Fachgruppen:** Die psychotherapeutischen GOP 35150 *Probatorische Sitzung*, 35200 *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)*, 35201 *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)*, 35210 *Analytische Psychotherapie (Einzelbehandlung)* und 35220 *Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)* prägen den Anstieg bei Ärzten für Psychosomatische Medizin, ärztlichen Psychotherapeuten, psychologischen Psychotherapeuten und bei Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten.

**Weitere Arzt-/Abrechnungsgruppe:** Segmente mit besonderer Bedeutung für den Leistungsbedarfsanstieg bei Neurologen und Nervenärzten sind die Segmente „Grundpauschale“ und „Diagnostik/Therapie“ sowie bei den Psychiatern das Segment „Psychotherapie“. Bei Hautärzten dominieren die Segmente „Gesundheitsuntersuchung/Prävention“, „Grundpauschale“ und „Diagnostik/Therapie“. Bei Urologen resultieren die Leistungsbedarfszunahmen in erster Linie aus den Segmenten „Grundpauschale“ und „Diagnostik/Therapie“, bei den Anästhesisten zusätzlich aus den Segment „ambulante OP´s“ und „Schmerztherapie“.

## 5.6 Sonderauswertungen

**Onkologische Zusatzpauschalen:** Je Fachgruppe ist die Abrechnung von Zusatzpauschalen Onkologie mehr oder weniger verbreitet ist. Annähernd alle gynäkologischen und urologischen Praxen rechnen die betreffenden GOP ab. Vergleichsweise eng umgrenzt ist die Gruppe der Zusatzpauschalen abrechnenden Praxen bei Gastroenterologen, Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen und Chirurgen. Gemessen am Leistungsbedarf hat die Abrechnung von onkologischen Zusatzpauschalen unter allen Fachgruppen bei Urologen das größte Gewicht, im Mittel resultiert 3,8% des Leistungsbedarfs einer Praxis bei Urologen aus onkologischen Zusatzpauschalen.

**Chronikerzuschläge:** Der Chronikerzuschlag im hausärztlichen Versorgungsbereich für die Behandlung eines Versicherten mit schwerwiegenden chronischen Erkrankungen wurde im ersten Quartal 2008 bei Hausärzten (Allgemeinärzten, Hausarzt-Internisten und hausärztlichen diabetologischen Schwerpunktpraxen) im Mittel ungefähr bei jedem zweiten Patient abgerechnet, während Kinderärzte im Mittel bei ungefähr jedem zehnten Patient den Zuschlag ansetzten.

**Schmerztherapie:** Bei anästhesiologischen Schmerztherapie-Praxen, die die GOP 30704 *Zuschlag für die Erbringung der Zusatzpauschale 30702 in schmerztherapeutischen Einrichtungen gemäß Anlage I der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie und Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Präambel Nr. 5* abgerechnet haben, sind im Vergleich zu den übrigen anästhesiologischen Praxen Leistungsbedarfsanstieg je Praxis und je Fall deutlich ausgeprägter. Relativierend ist zu berücksichtigen, dass der absolute Leistungsbedarf je Fall bei anästhesiologischen Schmerztherapie-Praxen sowohl in 2008 als auch in 2007 geringer ausgeprägt ist als bei den übrigen anästhesiologischen Praxen.

## **6 Anlagen**

### **6.1 Tabellenband Komplettdatenanalyse: Basisauswertungen mit Jahresvergleich I-IV.2008 zu I-IV.2007 (Version 1.0 mit Stand 19.05.2009)**

### **6.2 Tabellenband Komplettdatenanalyse: Auswertungen für weitere ausgewählte Fachgruppen mit Quartalsvergleich I-IV.2008 zu I-IV.2007 (Version 1.0 mit Stand 19.05.2009)**

### **6.3 Zusatzpauschale Onkologie**

6.3.1 Sonderauswertung Onkologische Zusatzpauschalen erste Quartal 2008 (Version 1.0 mit Stand 27.11.2008)

6.3.2 Sonderauswertung Onkologische Zusatzpauschalen zweite Quartal 2008 (Version 1.0 mit Stand 27.11.2008)

6.3.3 Sonderauswertung Onkologische Zusatzpauschalen dritte Quartal 2008 (Version 1.0 mit Stand 12.06.2009)

6.3.4 Sonderauswertung Onkologische Zusatzpauschalen vierte Quartal 2008 (Version 1.0 mit Stand 12.06.2009)

### **6.4 Sonderauswertung Strahlentherapeuten**

6.4.1 Sonderauswertung Leistungsbedarfsentwicklung für zugelassene und ermächtigte Strahlentherapeuten mit Quartalsvergleich III.2008 zu III.2007 (Version 1.0 mit Stand 16.04.2009)

6.4.2 Leistungsbedarfsstärkste Gebührennummern bei Strahlentherapeuten in III.2008 und III.2007 (Version 1.0 mit Stand 20.04.2009)

### **6.5 Sonderauswertung Versichertenpauschalen I-IV.2008 (Version 1.0 mit Stand 29.06.2009)**



- 6.6 Sonderauswertung Chronikerzuschläge I.2008 (Version 1.0 mit Stand 15.02.2009)**
  
- 6.7 Sonderauswertung hausärztliche diabetologische Schwerpunktpraxen mit Vergleich I.2008 zu I.2007 (Version 1.1 mit Stand 29.09.2008)**
  
- 6.8 Sonderauswertung zu Praxen mit Abrechnung ausgewählter schmerztherapeutischer Gebührenordnungspositionen I–IV.2008 (Version 1.0 mit Stand 02.06.2009)**
  
- 6.9 Sonderauswertung für Gemeinschaftspraxen mit Vergleich I.2008 zu I.2007 (Version 10.10.2008)**

# **Anlage 6.1**

Tabellenband Komplettdatenanalyse:  
Basisauswertungen mit Jahresvergleich  
I-IV.2008 zu I-IV.2007  
(Version 1.0 mit Stand 19.05.2009)



WIdO

Institut des  
Bewertungsausschusses



---

Version 1.0

# Begleitstudie zum „EBM 2008“

Modul 2a: Komplettdatenanalyse

## Jahresvergleich I-IV/2008 zu I-IV/2007

auf der Basis sachlich-rechnerisch richtig gestellter Daten für 2007 und 2008 der Kassenärztlichen Vereinigungen  
Nordrhein und Brandenburg

Berlin, 19.05.2009

---

### **Institut des Bewertungsausschusses**

Wilhelmstr. 138, 10963 Berlin - Tel.: +49 30 814 5260-0, Fax: 49 30 8145260-19 - E-mail: Reschke@Institut-BA.de

### **Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)**

Rosenthaler Str. 31 - 10178 Berlin - Tel.: +49 30 34646-2393, Fax: +49 30 34646-2144 - E-mail: wido@wido.bv.aok.de

### **Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland**

Herbert-Lewin-Platz 3 - 10623 Berlin - Tel.: +49 30 / 4005-2410, Fax: +49- 30/39 49 37 39 - E-mail: zi@kbv.de

# Modul 2a: Komplettdatenanalyse

## Abrechnungsgruppenbezogene Summenstatistik - Tab. 1-4

- **Tabelle 1:** Leistungsbedarf in Punkten je Praxis und Behandlungsfall - insgesamt
- **Tabelle 1.01:** dito - Primärkassen
- **Tabelle 1.02:** dito - Ersatzkassen
- **Tabelle 2:** Behandlungsfallzahlen je Praxis und Anteil der Überweisungen an allen Fällen
- **Tabelle 2.01:** Vertretungsfallzahlen je Praxis und Anteil der Überweisungen an allen Fällen
- **Tabelle 3:** Zahl der Gebührenordnungspositionen (GOP) je Praxis und je Behandlungsfall
- **Tabelle 4:** Mittlerer Leistungsbedarf in Punkten je Fall  
Anteil der Praxen mit einer Steigerung bzw. einer Minderung des Leistungsbedarfs in Prozent
- **Tabelle 4.01:** Mittlerer Leistungsbedarf in Punkten je Praxis nach Praxisgröße  
Anteil der Praxen mit einer Steigerung bzw. einer Minderung des Leistungsbedarfs in Prozent

## Modul 2a: Komplettdaten

### Analyse nach Leistungssegmenten - Tab. 5.01 - 5.14

Während die Summenstatistik das Gesamtergebnis und seine Veränderung bezogen auf wichtige Beurteilungsindikatoren darstellt, soll die Analyse der abgerechneten Gebührenordnungspositionen (GOP) in den einzelnen Praxen verdeutlichen, in welchen Bereichen sich strukturelle Veränderungen ergeben haben. Dazu werden die GOP je Arzt-/Abrechnungsgruppe zu typischen Leistungsgruppen bzw. -segmenten zusammengefasst. Grundlage dabei ist die Zuordnung nach Abschnitten des neuen EBM 2008.

So erfolgt beispielsweise für die Fachgruppe Allgemeinmedizin folgende Leistungssegmentierung:

- Versicherten-, Konsultationspauschale, Teilleistungen, telefonische Patientenberatung, schmerztherapeutische Grundpauschale
- Chronikerzuschlag
- Qualitätszuschlag Psychosomatik
- Besonders förderungswürdige Einzelleistungen und Leistungskomplexe
- Besondere Inanspruchnahme, Notfalleleistungen, Besuche, Visiten, Verwaltungskomplex
- Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch
- Übrige arztgruppenübergreifende allgemeine GOP
- Spezielle Versorgungsbereiche
- Ambulante Operationen, Anästhesien, präoperative, postoperative und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen
- Laborleistungen
- Ultraschalldiagnostik
- Psychotherapie
- Kostenpauschalen
- Sonstige GOP des EBM
- KV-spezifische GOP

Die im EBM 2008 enthaltenen Gebührenordnungspositionen (GOP) und die (alten) Leistungsziffern des EBM 2000plus wurden diesen Leistungssegmenten gemäß der gemeinsamen Definition der Institute (InBA, ZI, WIdO) und der EBM-Experten der AG-Evaluation zugeordnet.

Entsprechende Klassifizierungen und Zuordnungen werden für die 14 Arztgruppen vorgenommen, deren Ergebnisse bereits in der Frühinformation (Modul 1) berichtet wurden und auf die zusammen über 70 % des Gesamtleistungsbedarfs aller Arzt-/Abrechnungsgruppen entfällt.

### ANHANG: Definitionen der in Tab. 5.01 - 5.14 verwendeten Leistungssegmentierung

Seite 3	<b>EBM 2008-Begleitstudie- Modul 2a: Komplettdatenanalyse</b> auf Basis sachlich-rechnerisch richtig gestellter Abrechnungsdaten aus den KV-Bereichen Nordrhein und Brandenburg	  
------------	---	---

## Tabellen 1-4: Summenstatistik

# Summarische Auswertungen der Leistungsdaten nach Arzt-/Abrechnungsgruppen\*

- Die Auswertungen basieren auf den kompletten Abrechnungsdaten beider Regionen für alle Fachgebiete.
- Der Vergleich basiert auf sachlich-rechnerisch richtig gestellten Daten für 2008 und 2007.
- Verglichen werden nur Praxen zugelassener Ärzte/Psychotherapeuten, die im Vergleichszeitraum Leistungen abgerechnet haben und bei denen die Ärztezahl innerhalb der Praxis in allen Quartalen gleichbleibend war .
- Mindestzahl für den Einzelausweis einer Abrechnungsgruppe sind 30 Praxen. Für Hämatologen/Onkologen (n=28) wird diese Einschränkung nicht getroffen.
- Ermächtigte Ärzte/Psychotherapeuten bleiben unberücksichtigt.
- Für Fachinternisten werden alle Werte sowohl insgesamt als auch differenziert nach Schwerpunkten (SP) ausgewiesen.
- Der Leistungsbedarf in Punkten entspricht Rechnungseinheiten (Eurobeträge wurden in Punkte umgewandelt: 5,11ct=1 Punkt)
- Berechnungen mit nicht ganzzahligen Werten (z.B. Prozentpunktdifferenzen) weisen rundungsbedingte Abweichungen auf

\*gemäß KBV-VDX-Abrechnungsgruppenzuordnung

Seite 4	<b>EBM 2008-Begleitstudie- Modul 2a: Komplettdatenanalyse</b> auf Basis sachlich-rechnerisch richtig gestellter Abrechnungsdaten aus den KV-Bereichen Nordrhein und Brandenburg				
------------	---	---	---	---	---

**Tabelle 1:**  
**LEISTUNGSBEDARF IN PUNKTEN JE PRAXIS UND BEHANDLUNGSFALL**  
**- I N S G E S A M T -**

in den Quartalen I-IV/2008 und im Vergleichszeitraum des Vorjahres nach Arzt-/Abrechnungsgruppen

ABRECHNUNGSGRUPPE	PRAXEN mit Leistungsdaten aus beiden Vergleichs- zeiträumen	LEISTUNGS- BEDARF JE PRAXIS in den Quartalen I-IV/08	LEISTUNGS- BEDARF JE PRAXIS im Vergleichs- zeitraum I-IV/07	Veränderung in %	LEISTUNGS- BEDARF JE FALL in den Quartalen I-IV/08	LEISTUNGS- BEDARF JE FALL im Vergleichs- zeitraum I-IV/07	Veränderung in %
Allgemeinmed., Pr. Ärzte	3.174	6.429.993	5.489.308	17,1	1.531	1.337	14,5
Anästhesisten	226	4.485.998	3.863.256	16,1	3.775	3.469	8,8
Augenärzte	489	6.373.803	5.730.928	11,2	939	851	10,4
Chirurgen	312	7.732.823	6.811.714	13,5	1.845	1.675	10,1
Frauenärzte	1.056	5.904.056	5.358.574	10,2	1.085	983	10,3
HNO-Ärzte	430	5.894.885	5.387.557	9,4	1.122	1.032	8,8
Hautärzte	324	5.843.878	5.008.626	16,7	822	730	12,6
Internisten <Fachärzte>**	415	13.841.515	12.178.578	13,7	3.017	2.731	10,5
Internisten <Hausärzte>	959	6.505.468	5.645.222	15,2	1.604	1.422	12,8
Kinderärzte <Hausärzte>	546	6.649.336	6.165.123	7,9	1.236	1.150	7,5
Nervenärzte*	165	5.518.897	4.698.448	17,5	1.415	1.233	14,7
Orthopäden	451	8.295.335	7.637.188	8,6	1.443	1.345	7,3
Radiologen	66	19.930.038	18.615.096	7,1	1.890	1.723	9,7
Urologen	230	7.288.715	6.311.730	15,5	1.302	1.153	12,9

\*Ärzte für Nervenheilkunde ohne Neurologen/Psychiater \*\*Zwischensumme aller fachinternistischen Praxen (Ergebnisse nach Schwerpunkten auf nächster Seite)

(Tabelle wird fortgesetzt)

Seite 5	<b>EBM 2008-Begleitstudie- Modul 2a: Komplettdatenanalyse</b> auf Basis sachlich-rechnerisch richtig gestellter Abrechnungsdaten aus den KV-Bereichen Nordrhein und Brandenburg
------------	---



WIdO

Institut des  
Bewertungsausschusses



Fortsetzung Tabelle 1 INSGESAMT (Abrechnungsgruppen, die in der Frühinformation nicht vertreten sind)

ABRECHNUNGSGRUPPE (gemäß KBV-VDX-Zuordnung)	PRAXEN mit Leistungsdaten aus beiden Vergleichs- zeiträumen	LEISTUNGS- BEDARF JE PRAXIS in den Quartalen I-IV/08	LEISTUNGS- BEDARF JE PRAXIS im Vergleichs- zeitraum I-IV/07	Veränderung in %	LEISTUNGS- BEDARF JE FALL in den Quartalen I-IV/08	LEISTUNGS- BEDARF JE FALL im Vergleichs- zeitraum I-IV/07	Veränderung in %
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	85	9.596.629	8.650.322	10,9	2.426	2.215	9,5
Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie	25	15.459.293	14.196.355	8,9	4.797	4.609	4,1
Innere Medizin, SP Kardiologie	84	10.864.415	8.204.214	32,4	2.340	1.817	28,8
Innere Medizin, SP Nephrologie	34	40.390.792	39.144.253	3,2	15.263	15.573	-2,0
Innere Medizin, SP Pneumologie	98	12.209.828	10.603.227	15,2	2.127	1.917	10,9
Sonstige Internisten, fachärztl.	89	11.905.303	10.165.716	17,1	2.385	2.081	14,6
Kinder-/Jugendpsychiatrie/-psychotherapie	65	6.798.379	5.960.908	14,0	5.325	4.977	7,0
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	92	1.833.096	1.674.388	9,5	3.045	2.824	7,8
Neurologie	29	5.963.248	4.853.057	22,9	1.497	1.270	17,9
Pathologie	42	11.276.025	12.453.785	-9,5	557	622	-10,6
Psychiatrie	202	3.587.783	3.055.318	17,4	2.071	1.856	11,6
Psychosomat. Med. u. Psychotherapie	218	1.648.871	1.351.713	22,0	8.486	7.471	13,6
Ärztliche Psychotherapeuten	246	1.706.127	1.394.790	22,3	7.631	6.751	13,0
Psychologische Psychotherapeuten	1.664	1.782.868	1.463.719	21,8	9.101	7.906	15,1
Kinder- u. Jugendl.-Psychotherapeuten	226	1.742.069	1.417.933	22,9	12.404	10.867	14,1
fachübergr. Praxen, hausärztlich	631	9.970.700	8.793.068	13,4	1.682	1.517	10,8
fach-/SP-übergr. Praxen, fachärztl.	168	9.333.218	8.323.473	12,1	1.741	1.604	8,6
fach-/SP-übergr. Praxen, fachärztl., versb.üb.	102	13.171.786	11.920.091	10,5	1.631	1.530	6,6
sonstige	106	15.402.876	14.242.122	8,2	1.292	1.296	-0,3
<b>INSGESAMT</b>	<b>12.634</b>	<b>6.160.294</b>	<b>5.417.486</b>	<b>13,7</b>	<b>1.522</b>	<b>1.365</b>	<b>11,5</b>



**Tabelle 1.01:**  
**LEISTUNGSBEDARF IN PUNKTEN JE PRAXIS UND BEHANDLUNGSFALL**  
**- PRIMÄRKASSEN -**

in den Quartalen I-IV/2008 und im Vergleichszeitraum des Vorjahres nach Arzt-/Abrechnungsgruppen

ABRECHNUNGSGRUPPE	PRAXEN mit Leistungsdaten aus beiden Vergleichszeiträumen	LEISTUNGSBEDARF JE PRAXIS in den Quartalen I-IV/08	LEISTUNGSBEDARF JE PRAXIS im Vergleichszeitraum I-IV/07	Veränderung in %	LEISTUNGSBEDARF JE FALL in den Quartalen I-IV/08	LEISTUNGSBEDARF JE FALL im Vergleichszeitraum I-IV/07	Veränderung in %
Allgemeinmed., Pr. Ärzte	3.174	4.209.207	3.618.051	16,3	1.560	1.368	14,1
Anästhesisten	226	2.911.025	2.508.810	16,0	3.822	3.506	9,0
Augenärzte	489	3.971.573	3.598.369	10,4	961	873	10,1
Chirurgen	312	4.995.499	4.401.342	13,5	1.843	1.670	10,4
Frauenärzte	1.056	3.493.789	3.179.177	9,9	1.116	1.016	9,9
HNO-Ärzte	430	3.638.323	3.315.819	9,7	1.122	1.027	9,3
Hautärzte	324	3.481.543	3.006.590	15,8	824	734	12,3
Internisten <Fachärzte>**	415	8.935.175	7.889.020	13,3	3.216	2.914	10,3
Internisten <Hausärzte>	959	3.991.283	3.479.686	14,7	1.622	1.442	12,5
Kinderärzte <Hausärzte>	546	4.380.339	4.052.449	8,1	1.234	1.148	7,5
Nervenärzte	165	3.464.859	2.955.451	17,2	1.396	1.213	15,1
Orthopäden	451	5.151.241	4.742.131	8,6	1.460	1.361	7,3
Radiologen	66	11.970.428	11.177.167	7,1	1.880	1.715	9,6
Urologen	230	4.673.729	4.050.477	15,4	1.309	1.156	13,2

\*Ärzte für Nervenheilkunde ohne Neurologen/Psychiater \*\*Zwischensumme aller fachinternistischen Praxen (Ergebnisse nach Schwerpunkten auf nächster Seite)

(Tabelle wird fortgesetzt)

Fortsetzung Tabelle 1.01 PRIMÄRKASSEN (Abrechnungsgruppen, die in der Frühinformation nicht vertreten sind)

ABRECHNUNGSGRUPPE (gemäß KBV-VDX-Zuordnung)	PRAXEN mit Leistungsdaten aus beiden Vergleichs- zeiträumen	LEISTUNGS- BEDARF JE PRAXIS in den Quartalen I-IV/08	LEISTUNGS- BEDARF JE PRAXIS im Vergleichs- zeitraum I-IV/07	Veränderung in %	LEISTUNGS- BEDARF JE FALL in den Quartalen I-IV/08	LEISTUNGS- BEDARF JE FALL im Vergleichs- zeitraum I-IV/07	Veränderung in %
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	85	5.603.415	5.013.935	11,8	2.439	2.220	9,9
Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie	25	9.350.162	8.627.822	8,4	4.823	4.639	4,0
Innere Medizin, SP Kardiologie	84	6.695.074	5.034.950	33,0	2.353	1.820	29,3
Innere Medizin, SP Nephrologie	34	30.588.690	29.582.734	3,4	17.552	17.834	-1,6
Innere Medizin, SP Pneumologie	98	7.663.668	6.640.925	15,4	2.132	1.911	11,5
Sonstige Internisten, fachärztl.	89	7.242.833	6.207.908	16,7	2.490	2.163	15,1
Kinder-/Jugendpsychiatrie/-psychotherapie	65	4.115.669	3.582.978	14,9	5.247	4.869	7,8
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	92	1.161.476	1.064.245	9,1	3.136	2.891	8,5
Neurologie	29	3.695.566	2.997.446	23,3	1.478	1.249	18,3
Pathologie	42	6.708.103	7.425.054	-9,7	575	644	-10,8
Psychiatrie	202	2.152.784	1.817.086	18,5	1.956	1.745	12,1
Psychosomat. Med. u. Psychotherapie	218	717.819	581.978	23,3	7.820	6.953	12,5
Ärztliche Psychotherapeuten	246	819.372	680.839	20,3	7.243	6.455	12,2
Psychologische Psychotherapeuten	1.664	857.650	695.438	23,3	8.992	7.771	15,7
Kinder- u. Jugendl.-Psychotherapeuten	226	965.462	782.181	23,4	12.316	10.770	14,4
fachübergr. Praxen, hausärztlich	631	6.142.789	5.440.222	12,9	1.701	1.539	10,6
fach-/SP-übergr. Praxen, fachärztl.	168	5.758.942	5.150.795	11,8	1.718	1.585	8,4
fach-/SP-übergr. Praxen, fachärztl., versb.üb.	102	8.020.215	7.252.657	10,6	1.611	1.510	6,7
sonstige	106	9.431.034	8.720.352	8,1	1.296	1.305	-0,7
<b>INSGESAMT</b>	<b>12.634</b>	<b>3.834.949</b>	<b>3.383.499</b>	<b>13,3</b>	<b>1.534</b>	<b>1.378</b>	<b>11,3</b>



**Tabelle 1.02:**  
**LEISTUNGSBEDARF IN PUNKTEN JE PRAXIS UND BEHANDLUNGSFALL**  
**- ERSATZKASSEN -**

in den Quartalen I-IV/2008 und im Vergleichszeitraum des Vorjahres nach Arzt-/Abrechnungsgruppen

ABRECHNUNGSGRUPPE	PRAEXEN mit Leistungsdaten aus beiden Vergleichs- zeiträumen	LEISTUNGS- BEDARF JE PRAXIS in den Quartalen I-IV/08	LEISTUNGS- BEDARF JE PRAXIS im Vergleichs- zeitraum I-IV/07	Veränderung in %	LEISTUNGS- BEDARF JE FALL in den Quartalen I-IV/08	LEISTUNGS- BEDARF JE FALL im Vergleichs- zeitraum I-IV/07	Veränderung in %
Allgemeinmed., Pr. Ärzte	3.174	2.220.786	1.871.257	18,7	1.478	1.281	15,3
Anästhesisten	226	1.574.973	1.354.445	16,3	3.690	3.405	8,4
Augenärzte	489	2.402.230	2.132.559	12,6	906	815	11,1
Chirurgen	312	2.737.324	2.410.371	13,6	1.848	1.685	9,7
Frauenärzte	1.056	2.410.267	2.179.398	10,6	1.042	939	11,0
HNO-Ärzte	430	2.256.562	2.071.738	8,9	1.123	1.039	8,1
Hautärzte	324	2.362.335	2.002.036	18,0	819	725	13,1
Internisten <Fachärzte>**	415	4.906.340	4.289.558	14,4	2.712	2.448	10,8
Internisten <Hausärzte>	959	2.514.185	2.165.537	16,1	1.577	1.391	13,4
Kinderärzte <Hausärzte>	546	2.268.997	2.112.674	7,4	1.240	1.153	7,5
Nervenärzte*	165	2.054.038	1.742.997	17,8	1.446	1.268	14,1
Orthopäden	451	3.144.094	2.895.057	8,6	1.418	1.320	7,4
Radiologen	66	7.959.611	7.437.929	7,0	1.906	1.733	9,9
Urologen	230	2.614.986	2.261.253	15,6	1.290	1.147	12,5

\*Ärzte für Nervenheilkunde ohne Neurologen/Psychiater \*\*Zwischensumme aller fachinternistischen Praxen (Ergebnisse nach Schwerpunkten auf nächster Seite)

(Tabelle wird fortgesetzt)

Fortsetzung Tabelle 1.02 ERSATZKASSEN (Abrechnungsgruppen, die in der Frühinformation nicht vertreten sind)

ABRECHNUNGSGRUPPE <i>(gemäß KBV-VDX-Zuordnung)</i>	PRAXEN mit Leistungsdaten aus beiden Vergleichs- zeiträumen	LEISTUNGS- BEDARF JE PRAXIS in den Quartalen I-IV/08	LEISTUNGS- BEDARF JE PRAXIS im Vergleichs- zeitraum I-IV/07	Veränderung in %	LEISTUNGS- BEDARF JE FALL in den Quartalen I-IV/08	LEISTUNGS- BEDARF JE FALL im Vergleichs- zeitraum I-IV/07	Veränderung in %
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	85	3.993.214	3.636.387	9,8	2.407	2.208	9,0
Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie	25	6.109.131	5.568.533	9,7	4.758	4.562	4,3
Innere Medizin, SP Kardiologie	84	4.169.341	3.169.265	31,6	2.318	1.813	27,9
Innere Medizin, SP Nephrologie	34	9.802.101	9.561.519	2,5	10.848	11.186	-3,0
Innere Medizin, SP Pneumologie	98	4.546.160	3.962.302	14,7	2.119	1.928	9,9
Sonstige Internisten, fachärztl.	89	4.662.470	3.957.807	17,8	2.238	1.965	13,9
Kinder-/Jugendpsychiatrie/-psychotherapie	65	2.682.710	2.377.929	12,8	5.449	5.149	5,8
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	92	671.620	610.143	10,1	2.899	2.713	6,8
Neurologie	29	2.267.682	1.855.611	22,2	1.530	1.307	17,1
Pathologie	42	4.567.922	5.028.731	-9,2	532	593	-10,3
Psychiatrie	202	1.434.999	1.238.232	15,9	2.273	2.047	11,0
Psychosomat. Med. u. Psychotherapie	218	931.052	769.735	21,0	9.083	7.917	14,7
Ärztliche Psychotherapeuten	246	886.755	713.951	24,2	8.029	7.059	13,7
Psychologische Psychotherapeuten	1.664	925.218	768.281	20,4	9.203	8.031	14,6
Kinder- u. Jugendl.-Psychotherapeuten	226	776.607	635.752	22,2	12.515	10.990	13,9
fachübergr. Praxen, hausärztlich	631	3.827.911	3.352.846	14,2	1.651	1.484	11,3
fach-/SP-übergr. Praxen, fachärztl.	168	3.574.276	3.172.678	12,7	1.781	1.637	8,8
fach-/SP-übergr. Praxen, fachärztl., versb.üb.	102	5.151.571	4.667.434	10,4	1.665	1.563	6,5
sonstige	106	5.971.843	5.521.770	8,2	1.287	1.281	,5
<b>INSGESAMT</b>	<b>12.634</b>	<b>2.325.345</b>	<b>2.033.987</b>	<b>14,3</b>	<b>1.503</b>	<b>1.343</b>	<b>11,9</b>







**Tabelle 2:**  
**BEHANDLUNGSFÄLLE UND ÜBERWEISUNGEN JE PRAXIS SOWIE ANTEIL DER ÜBERWEISUNGEN AN ALLEN FÄLLEN**  
in den Quartalen I-IV/2008 und im Vergleichszeitraum des Vorjahres nach Arzt-/Abrechnungsgruppen

ABRECHNUNGSGRUPPE	PRAXEN mit Leistungsdaten aus beiden Vergleichszeiträumen	FÄLLE JE PRAXIS in den Quartalen I-IV/08	FÄLLE JE PRAXIS im Vergleichszeitraum I-IV/07	Veränderung in %	ÜBERWEISUNGEN JE PRAXIS in den Quartalen I-IV/08	ÜBERWEISUNGEN JE PRAXIS im Vergleichszeitraum I-IV/07	Veränderung in %	ANTEIL DER ÜBERWEISUNGEN AN ALLEN FÄLLEN in % in den Quartalen I-IV/08	ANTEIL DER ÜBERWEISUNGEN AN ALLEN FÄLLEN in % im Vergleichszeitraum III/07	Veränderung in %-Punkten
Allgemeinmed., Pr. Ärzte	3.174	4.201	4.105	2,3	234	242	-3,2	5,6	5,9	-0,3
Anästhesisten	226	1.188	1.114	6,7	1.020	946	7,8	85,9	85,0	0,9
Augenärzte	489	6.784	6.737	0,7	4.512	4.438	1,7	66,5	65,9	0,6
Chirurgen	312	4.192	4.066	3,1	2.677	2.565	4,4	63,9	63,1	0,8
Frauenärzte	1.056	5.443	5.450	-0,1	3.228	3.213	0,5	59,3	58,9	0,4
HNO-Ärzte	430	5.252	5.223	0,6	3.131	3.078	1,7	59,6	58,9	0,7
Hautärzte	324	7.107	6.857	3,6	4.380	4.129	6,1	61,6	60,2	1,4
Internisten <Fachärzte>**	415	4.587	4.459	2,9	3.701	3.576	3,5	80,7	80,2	0,5
Internisten <Hausärzte>	959	4.055	3.970	2,1	390	405	-3,5	9,6	10,2	-0,6
Kinderärzte <Hausärzte>	546	5.379	5.361	0,4	42	41	4,0	0,8	0,8	0,0
Nervenärzte*	165	3.902	3.810	2,4	2.985	2.908	2,7	76,5	76,3	0,2
Orthopäden	451	5.747	5.678	1,2	3.918	3.832	2,2	68,2	67,5	0,7
Radiologen	66	10.543	10.807	-2,4	10.468	10.740	-2,5	99,3	99,4	-0,1
Urologen	230	5.598	5.474	2,3	4.217	4.119	2,4	75,3	75,2	0,1

\*Ärzte für Nervenheilkunde ohne Neurologen/Psychiater \*\*Zwischensumme aller fachinternistischen Praxen (Ergebnisse nach Schwerpunkten auf nächster Seite)

(Tabelle wird fortgesetzt)

Seite 11	<b>EBM 2008-Begleitstudie- Modul 2a: Komplettdatenanalyse</b> auf Basis sachlich-rechnerisch richtig gestellter Abrechnungsdaten aus den KV-Bereichen Nordrhein und Brandenburg				
-------------	---	---	---	---	---

Fortsetzung Tabelle 2 FÄLLE UND ÜBERWEISUNGEN (Abrechnungsgruppen, die in der Frühinformation nicht vertreten sind)

ABRECHNUNGSGRUPPE (gemäß KBV-/VDX-Zuordnung)	PRAXEN mit Leistungs- daten aus beiden Vergleichs- zeiträumen	FÄLLE JE PRAXIS in den Quartalen I-IV/08	FÄLLE JE PRAXIS im Vergleichs- zeitraum I-IV/07	Verän- derung in %	ÜBER- WEISUNGEN JE PRAXIS in den Quartalen I-IV/08	ÜBER- WEISUNGEN JE PRAXIS im Vergleichs- zeitraum I-IV/07	Verän- derung in %	ANTEIL DER ÜBER- WEISUNGEN AN ALLEN FÄLLEN in % in den Quartalen I-IV/08	ANTEIL DER ÜBER- WEISUNGEN AN ALLEN FÄLLEN in % im Vergleichs- zeitraum I-IV/07	Verän- derung in %- Punkten
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	85	3.956	3.906	1,3	2.913	2.842	2,5	73,6	72,8	0,8
Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkol.	25	3.223	3.080	4,6	2.951	2.773	6,4	91,6	90,0	1,5
Innere Medizin, SP Kardiologie	84	4.644	4.515	2,9	4.178	4.048	3,2	90,0	89,7	0,3
Innere Medizin, SP Nephrologie	34	2.646	2.514	5,3	2.012	1.892	6,4	76,0	75,3	0,8
Innere Medizin, SP Pneumologie	98	5.741	5.531	3,8	4.407	4.236	4,0	76,8	76,6	0,2
Sonstige Internisten, fachärztl.	89	4.992	4.884	2,2	4.082	3.972	2,8	81,8	81,3	0,5
Kinder-/Jugendpsychiatrie/-psychother.	65	1.277	1.198	6,6	114	117	-2,2	8,9	9,7	-0,8
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	92	602	593	1,5	232	223	4,2	38,6	37,6	1,0
Neurologie	29	3.983	3.821	4,2	3.003	2.931	2,5	75,4	76,7	-1,3
Pathologie	42	20.260	20.006	1,3	20.232	19.976	1,3	99,9	99,8	0,0
Psychiatrie	202	1.732	1.646	5,2	1.083	1.025	5,7	62,5	62,3	0,3
Psychosomat. Med. u. Psychotherapie	218	194	181	7,4	126	119	6,4	64,9	65,5	-0,6
Ärztliche Psychotherapeuten	246	224	207	8,2	149	139	7,1	66,4	67,1	-0,7
Psychologische Psychotherapeuten	1.664	196	185	5,8	130	119	9,2	66,2	64,1	2,1
Kinder- u. Jugendl.-Psychotherapeuten	226	140	130	7,6	10	9	11,6	6,8	6,5	0,2
fachüberg. Praxen, hausärztlich	631	5.930	5.795	2,3	749	762	-1,7	12,6	13,2	-0,5
fach-/SP-überg. Praxen, fachärztl.	168	5.359	5.189	3,3	4.156	4.013	3,6	77,6	77,3	0,2
fach-/SP-überg. Praxen, fachärztl., versb.üb.	102	8.074	7.790	3,6	4.794	4.568	5,0	59,4	58,6	0,7
sonstige	106	11.918	10.991	8,4	9.915	9.101	8,9	83,2	82,8	0,4
<b>INSGESAMT</b>	<b>12.634</b>	<b>4.047</b>	<b>3.969</b>	<b>1,9</b>	<b>1.601</b>	<b>1.565</b>	<b>2,3</b>	<b>39,6</b>	<b>39,4</b>	<b>0,1</b>

**Tabelle 2.01:**  
**VERTRETUNGSFALLZAHLEN JE PRAXIS UND ANTEIL DER VERTRETUNGSFÄLLE AN ALLEN FÄLLEN**  
 in den Quartalen I-IV/2008 und im Vergleichszeitraum des Vorjahres nach Arzt-/Abrechnungsgruppen

ABRECHNUNGSGRUPPE	PRAXEN mit Leistungs- daten aus beiden Vergleichs- zeiträumen	VERTRETER- FÄLLE JE PRAXIS in den Quartalen I-IV/08	VERTRETER - FÄLLE JE PRAXIS im Vergleichs- zeitraum I-IV/07	Veränderung in %	ANTEIL DER VERTRETER- FÄLLE AN ALLEN FÄLLEN in % in den Quartalen I-IV/08	ANTEIL DER VERTRETER- FÄLLE AN ALLEN FÄLLEN in % im Vergleichs- zeitraum I-IV/07	Veränderung in %-Punkten
Allgemeinmed., Pr. Ärzte	3.174	208	202	3,1	5,0	4,9	0,0
Anästhesisten	226	0	1	-50,3	0,0	0,1	0,0
Augenärzte	489	34	34	1,9	0,5	0,5	0,0
Chirurgen	312	17	16	4,8	0,4	0,4	0,0
Frauenärzte	1.056	52	53	-3,1	0,9	1,0	0,0
HNO-Ärzte	430	34	37	-7,6	0,6	0,7	-0,1
Hautärzte	324	21	21	-0,8	0,3	0,3	0,0
Internisten <Fachärzte> **	415	23	27	-14,6	0,5	0,6	-0,1
Internisten <Hausärzte>	959	183	179	2,6	4,5	4,5	0,0
Kinderärzte <Hausärzte>	546	242	247	-1,8	4,5	4,6	-0,1
Nervenärzte*	165	55	54	1,0	1,4	1,4	0,0
Orthopäden	451	26	27	-1,0	0,5	0,5	0,0
Radiologen	66	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
Urologen	230	22	24	-6,3	0,4	0,4	0,0

\*Ärzte für Nervenheilkunde ohne Neurologen/Psychiater \*\*Zwischensumme aller fachinternistischen Praxen (Ergebnisse nach Schwerpunkten auf nächster Seite)

(Tabelle wird fortgesetzt)

Seite 13	<b>EBM 2008-Begleitstudie- Modul 2a: Komplettdatenanalyse</b> auf Basis sachlich-rechnerisch richtig gestellter Abrechnungsdaten aus den KV-Bereichen Nordrhein und Brandenburg
-------------	---



WIdO

Institut des  
Bewertungsausschusses



Fortsetzung Tabelle 2.01: VERTRETUNGSFALLZAHLEN JE PRAXIS UND ANTEIL DER VERTRETUNGSFÄLLE AN ALLEN FÄLLEN (Abrechnungsgruppen, die in der Frühinformation nicht vertreten sind)

ABRECHNUNGSGRUPPE (gemäß KBV-VDX-Zuordnung)	PRAXEN mit Leistungs- daten aus beiden Vergleichs- zeiträumen	VERTRETER- FÄLLE JE PRAXIS in den Quartalen I-IV/08	VERTRETER - FÄLLE JE PRAXIS im Vergleichs- zeitraum I-IV/07	Veränderung in %	ANTEIL DER VERTRETER- FÄLLE AN ALLEN FÄLLEN in % in den Quartalen I-IV/08	ANTEIL DER VERTRETER- FÄLLE AN ALLEN FÄLLEN in % im Vergleichs- zeitraum I-IV/07	Veränderung in %-Punkten
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	85	38	50	-23,7	1,0	1,3	-0,3
Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie	25	1	1	-32,4	0,0	0,0	0,0
Innere Medizin, SP Kardiologie	84	12	12	1,1	0,3	0,3	0,0
Innere Medizin, SP Nephrologie	34	5	12	-54,9	0,2	0,5	-0,3
Innere Medizin, SP Pneumologie	98	26	29	-11,3	0,5	0,5	-0,1
Sonstige Internisten, fachärztl.	89	28	29	-3,2	0,6	0,6	0,0
Kinder-/Jugendpsychiatrie/psychotherapie	65	4	4	-8,7	0,3	0,3	0,0
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	92	14	18	-21,0	2,3	3,0	-0,7
Neurologie	29	58	34	69,9	1,4	0,9	0,6
Pathologie	42	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
Psychiatrie	202	29	25	17,6	1,7	1,5	0,2
Psychosomat. Med. u. Psychotherapie	218	0	0	-25,0	0,0	0,0	0,0
Ärztliche Psychotherapeuten	246	0	0	-63,6	0,0	0,1	-0,1
Psychologische Psychotherapeuten	1.664	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kinder- u. Jugendl.-Psychotherapeuten	226	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
fachübergr. Praxen, hausärztlich	631	208	206	1,1	3,5	3,5	0,0
fach-/SP-übergr. Praxen, fachärztl.	168	41	39	4,4	0,8	0,8	0,0
fach-/SP-übergr. Praxen, fachärztl., versb.üb.	102	71	73	-2,5	0,9	0,9	-0,1
<b>INSGESAMT*</b>	<b>12.634</b>	<b>100</b>	<b>99</b>	<b>1,6</b>	<b>2,5</b>	<b>2,5</b>	<b>0,0</b>

\*incl. 106 Praxen sonstiger Abrechnungsgebiete.





**Tabelle 3:**  
**ZAHLE DER GEBÜHRENORDNUNGSPPOSITIONEN (GOP) JE PRAXIS UND JE BEHANDLUNGSFALL**  
 in den Quartalen I-IV/2008 und im Vergleichszeitraum des Vorjahres nach Arzt-/Abrechnungsgruppen

ABRECHNUNGSGRUPPE	PRAXEN mit Leistungsdaten aus beiden Vergleichs- zeiträumen	GOP JE PRAXIS in den Quartalen I-IV/08	GOP JE PRAXIS in den Quartalen I-IV/07	Veränderung in %	GOP JE FALL in den Quartalen I-IV/08	GOP JE FALL in den Quartalen I-IV/07	Veränderung in %
Allgemeinmed., Pr. Ärzte	3.174	26.665	49.295	-45,9	6,3	12,0	-47,1
Anästhesisten	226	8.052	9.101	-11,5	6,8	8,2	-17,1
Augenärzte	489	14.556	18.786	-22,5	2,1	2,8	-23,1
Chirurgen	312	18.132	27.557	-34,2	4,3	6,8	-36,2
Frauenärzte	1.056	27.071	36.414	-25,7	5,0	6,7	-25,6
HNO-Ärzte	430	20.793	26.507	-21,6	4,0	5,1	-22,0
Hautärzte	324	25.191	40.529	-37,8	3,5	5,9	-40,0
Internisten <Fachärzte>**	415	34.551	48.234	-28,4	7,5	10,8	-30,4
Internisten <Hausärzte>	959	27.535	51.034	-46,0	6,8	12,9	-47,2
Kinderärzte <Hausärzte>	546	21.519	46.687	-53,9	4,0	8,7	-54,1
Nervenärzte*	165	17.353	22.188	-21,8	4,4	5,8	-23,6
Orthopäden	451	28.927	42.344	-31,7	5,0	7,5	-32,5
Radiologen	66	41.186	44.806	-8,1	3,9	4,1	-5,8
Urologen	230	41.310	56.052	-26,3	7,4	10,2	-27,9

\*Ärzte für Nervenheilkunde ohne Neurologen/Psychiater \*\*Zwischensumme aller fachinternistischen Praxen (Ergebnisse nach Schwerpunkten auf nächster Seite)

(Tabelle wird fortgesetzt)

Fortsetzung Tabelle 3 GEBÜHRENORDNUNGSPPOSITIONEN (Abrechnungsgruppen, die in der Frühinformation nicht vertreten sind)

ABRECHNUNGSGRUPPE <i>(gemäß KBV-VDX-Zuordnung)</i>	PRAXEN mit Leistungsdaten aus beiden Vergleichs- zeiträumen	GOP JE PRAXIS in den Quartalen I-IV/08	GOP JE PRAXIS in den Quartalen I-IV/07	Veränderung in %	GOP JE FALL in den Quartalen I-IV/08	GOP JE FALL in den Quartalen I-IV/07	Veränderung in %
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	85	22.863	34.490	-33,7	5,8	8,8	-34,6
Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie	25	70.943	90.215	-21,4	22,0	29,3	-24,8
Innere Medizin, SP Kardiologie	84	22.085	33.820	-34,7	4,8	7,5	-36,5
Innere Medizin, SP Nephrologie	34	70.093	84.151	-16,7	26,5	33,5	-20,9
Innere Medizin, SP Pneumologie	98	33.766	47.860	-29,4	5,9	8,7	-32,0
Sonstige Internisten, fachärztl.	89	34.545	49.866	-30,7	6,9	10,2	-32,2
Kinder-/Jugendpsychiatrie/-psychotherapie	65	17.833	19.506	-8,6	14,0	16,3	-14,2
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	92	2.092	2.823	-25,9	3,5	4,8	-27,0
Neurologie	29	15.276	23.069	-33,8	3,8	6,0	-36,5
Pathologie	42	70.962	68.157	4,1	3,5	3,4	2,8
Psychiatrie	202	9.618	11.826	-18,7	5,6	7,2	-22,7
Psychosomat. Med. u. Psychotherapie	218	1.535	2.107	-27,1	7,9	11,6	-32,2
Ärztliche Psychotherapeuten	246	1.767	2.362	-25,2	7,9	11,4	-30,9
Psychologische Psychotherapeuten	1.664	1.538	2.183	-29,6	7,8	11,8	-33,4
Kinder- u. Jugendl.-Psychotherapeuten	226	1.393	2.034	-31,5	9,9	15,6	-36,4
fachübergr. Praxen, hausärztlich	631	41.934	73.889	-43,2	7,1	12,8	-44,5
fach-/SP-übergr. Praxen, fachärztl.	168	27.267	33.932	-19,6	5,1	6,5	-22,2
fach-/SP-übergr. Praxen, fachärztl., versb.üb.	102	52.047	66.558	-21,8	6,4	8,5	-24,6
sonstige	106	88.952	94.512	-5,9	7,5	8,6	-13,2
<b>INSGESAMT</b>	<b>12.634</b>	<b>22.296</b>	<b>35.939</b>	<b>-38</b>	<b>5,5</b>	<b>9,1</b>	<b>-39,1</b>

**TABELLE 4:**  
**ANTEIL DER PRAXEN MIT EINER STEIGERUNG BZW. EINER MINDERUNG**  
**DES MITTLEREN LEISTUNGSBEDARFES JE FALL IN PROZENT**

in den Quartalen I-IV/2008 und im Vergleichszeitraum des Vorjahres nach Arzt-/Abrechnungsgruppen

ABRECHNUNGSGRUPPE	PRAXEN mit Leistungsdaten aus beiden Vergleichszeiträumen	Anteil der Praxen mit einer STEIGERUNG des Leistungsbedarfes je Fall	Anteil der Praxen mit einer MINDERUNG des Leistungsbedarfes je Fall
Allgemeinmed., Pr. Ärzte	3.174	92,8	7,2
Anästhesisten	226	83,6	16,4
Augenärzte	489	91,6	8,4
Chirurgen	312	86,9	13,1
Frauenärzte	1.056	92,8	7,2
HNO-Ärzte	430	90,0	10,0
Hautärzte	324	90,4	9,6
Internisten <Fachärzte>**	415	84,8	15,2
Internisten <Hausärzte>	959	91,9	8,1
Kinderärzte <Hausärzte>	546	77,8	22,2
Nervenärzte*	165	94,5	5,5
Orthopäden	451	80,7	19,3
Radiologen	66	93,9	6,1
Urologen	230	95,2	4,8

\*Ärzte für Nervenheilkunde ohne Neurologen/Psychiater \*\*Zwischensumme aller fachinternistischen Praxen (Ergebnisse nach Schwerpunkten auf nächster Seite)

(Tabelle wird fortgesetzt)

Fortsetzung Tabelle 4 PRAXEN NACH LEISTUNGSBEDARFSZUNAHME/-MINDERUNG JE FALL (Abrechnungsgruppen, die in der Frühinformation nicht vertreten sind)

ABRECHNUNGSGRUPPE <i>(gemäß KBV-VDX-Zuordnung)</i>	PRAXEN mit Leistungsdaten aus beiden Vergleichszeiträumen	Anteil der Praxen mit einer <b>STEIGERUNG</b> des Leistungsbedarfes je Fall	Anteil der Praxen mit einer <b>MINDERUNG</b> des Leistungsbedarfes je Fall
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	85	85,9	14,1
Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie	25	52,0	48,0
Innere Medizin, SP Kardiologie	84	97,6	2,4
Innere Medizin, SP Nephrologie	34	32,4	67,6
Innere Medizin, SP Pneumologie	98	94,9	5,1
Sonstige Internisten, fachärztl.	89	89,9	10,1
Kinder-/Jugendpsychiatrie/-psychotherapie	65	80,0	20,0
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	92	58,7	41,3
Neurologie	29	89,7	10,3
Pathologie	42	19,0	81,0
Psychiatrie	202	84,2	15,8
Psychosomat. Med. u. Psychotherapie	218	81,2	18,8
Ärztliche Psychotherapeuten	246	82,5	17,5
Psychologische Psychotherapeuten	1.664	91,3	8,7
Kinder- u. Jugendl.-Psychotherapeuten	226	87,2	12,8
fachübergr. Praxen, hausärztlich	631	90,6	9,4
fach-/SP-übergr. Praxen, fachärztl.	168	84,5	15,5
fach-/SP-übergr. Praxen, fachärztl., versb.üb.	102	82,4	17,6
sonstige	106	65,1	34,9
<b>INSGESAMT</b>	<b>12.634</b>	<b>89,0</b>	<b>11,0</b>

**TABELLE 4.01:**  
**MITTLERER LEISTUNGSBEDARF IN PUNKTEN JE FALL NACH "PRAXISGRÖSSE"**

Dritteling der Praxen nach dem mittlern Fallvolumen in der jeweiligen Arzt-/Abrechnungsgruppe im Ausgangsquartal  
 in den Quartalen I-IV/2008 und im Vergleichszeitraum des Vorjahres nach Arzt-/Abrechnungsgruppen

ABRECHNUNGSGRUPPE	Praxen mit einer Steigerung bzw. Minderung des Leistungsbedarfes nach Praxisgröße								
	PRAXEN mit Leistungsdaten aus beiden Vergleichszeiträumen			Anteil der Praxen mit einer STEIGERUNG des Leistungsbedarfes			Anteil der Praxen mit einer MINDERUNG des Leistungsbedarfes		
	Praxisgröße			Praxisgröße			Praxisgröße		
	Klein (abs.=100%)	Mittel (abs.=100%)	Groß (abs.=100%)	Klein (in % v.100)	Mittel (in % v.100)	Groß (in % v.100)	Klein (in % v.100)	Mittel (in % v.100)	Groß (in % v.100)
Allgemeinmed., Pr. Ärzte	1.058	1.058	1.058	86,8	94,3	97,3	13,2	5,7	2,7
Anästhesisten	75	76	75	78,7	82,9	89,3	21,3	17,1	10,7
Augenärzte	163	163	163	89,0	94,5	91,4	11,0	5,5	8,6
Chirurgen	104	104	104	80,8	84,6	95,2	19,2	15,4	4,8
Frauenärzte	352	352	352	90,6	96,0	91,8	9,4	4,0	8,2
HNO-Ärzte	143	144	143	88,1	91,0	90,9	11,9	9,0	9,1
Hautärzte	108	108	108	88,9	95,4	87,0	11,1	4,6	13,0
Internisten <Fachärzte>**	138	139	138	72,5	88,5	93,5	27,5	11,5	6,5
Internisten <Hausärzte>	320	319	320	86,6	93,7	95,3	13,4	6,3	4,7
Kinderärzte <Hausärzte>	182	182	182	59,9	83,5	90,1	40,1	16,5	9,9
Nervenärzte*	55	55	55	90,9	94,5	98,2	9,1	5,5	1,8
Orthopäden	150	151	150	76,0	85,4	80,7	24,0	14,6	19,3
Radiologen	22	22	22	90,9	95,5	95,5	9,1	4,5	4,5
Urologen	76	77	77	93,4	94,8	97,4	6,6	5,2	2,6

\*Ärzte für Nervenheilkunde ohne Neurologen/Psychiater \*\*Zwischensumme aller fachinternistischen Praxen (Ergebnisse nach Schwerpunkten auf nächster Seite)

(Tabelle wird fortgesetzt)



Fortsetzung Tabelle 4.01 MITTLERER LEISTUNGSBEDARF IN PUNKTEN JE FALL NACH „PRAXISGRÖSSE“ (Abrechnungsgruppen, die in der Frühinformation nicht vertreten sind)

ABRECHNUNGSGRUPPE <i>(gemäß KBV-VDX-Zuordnung)</i>	Praxen mit einer Steigerung bzw. Minderung des Leistungsbedarfes nach Praxisgröße								
	PRAXEN mit Leistungsdaten aus beiden Vergleichszeiträumen			Anteil der Praxen mit einer STEIGERUNG des Leistungsbedarfes			Anteil der Praxen mit einer MINDERUNG des Leistungsbedarfes		
	Praxisgröße			Praxisgröße			Praxisgröße		
	Klein (abs.=100%)	Mittel (abs.=100%)	Groß (abs.=100%)	Klein (in % v.100)	Mittel (in % v.100)	Groß (in % v.100)	Klein (in % v.100)	Mittel (in % v.100)	Groß (in % v.100)
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	28	29	28	75,0	86,2	96,4	25,0	13,8	3,6
Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie	8	9	8	50,0	44,4	62,5	50,0	55,6	37,5
Innere Medizin, SP Kardiologie	28	28	28	92,9	100,0	100,0	7,1	,0	,0
Innere Medizin, SP Nephrologie	11	12	11	27,3	41,7	27,3	72,7	58,3	72,7
Innere Medizin, SP Pneumologie	32	33	33	93,8	97,0	93,9	6,3	3,0	6,1
Sonstige Internisten, fachärztl.	29	30	30	86,2	86,7	96,7	13,8	13,3	3,3
Kinder-/Jugendpsychiatrie/-psychotherapie	21	22	22	71,4	77,3	90,9	28,6	22,7	9,1
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	30	31	31	56,7	51,6	67,7	43,3	48,4	32,3
Neurologie	9	10	10	77,8	90,0	100,0	22,2	10,0	,0
Pathologie	14	14	14	28,6	21,4	7,1	71,4	78,6	92,9
Psychiatrie	67	68	67	82,1	79,4	91,0	17,9	20,6	9,0
Psychosomat. Med. u. Psychotherapie	72	73	73	72,2	87,7	83,6	27,8	12,3	16,4
Ärztliche Psychotherapeuten	81	82	83	72,8	85,4	89,2	27,2	14,6	10,8
Psychologische Psychotherapeuten	555	553	556	86,8	92,4	94,8	13,2	7,6	5,2
Kinder- u. Jugendl.-Psychotherapeuten	74	77	75	79,7	89,6	92,0	20,3	10,4	8,0
fachübergr. Praxen, hausärztlich	211	210	210	86,3	93,3	92,4	13,7	6,7	7,6
fach-/SP-übergr. Praxen, fachärztl.	56	56	56	83,9	83,9	85,7	16,1	16,1	14,3
fach-/SP-übergr. Praxen, fachärztl., versb.üb.	34	34	34	91,2	64,7	91,2	8,8	35,3	8,8
sonstige	35	36	35	62,9	80,6	51,4	37,1	19,4	48,6
<b>INSGESAMT</b>	<b>4.214</b>	<b>4.209</b>	<b>4.211</b>	<b>85,0</b>	<b>90,4</b>	<b>91,7</b>	<b>15,0</b>	<b>9,6</b>	<b>8,3</b>

## Ergänzung zu Tabelle 4.01 Fallzahlgrenzen für Praxisgrößenklassen

Dritteln der Praxen nach dem mittleren Fallvolumen in der jeweiligen Arzt-/Abrechnungsgruppe über beide Vergleichszeiträume

ABRECHNUNGSGRUPPE	„kleine Praxis“	„mittlere Praxis“	„große Praxis“
Allgemeinmed., Pr. Ärzte	<=3.222	3.223 - 4.605	=> 4.606
Anästhesisten	<=681	682 - 1.123	=> 1.124
Augenärzte	<=5.406	5.407 - 7.151	=> 7.152
Chirurgen	<=3.066	3.067 - 4.460	=> 4.461
Frauenärzte	<=3.749	3.750 - 5.114	=> 5.115
HNO-Ärzte	<=4.323	4.324 - 5.588	=> 5.589
Hautärzte	<=5.639	5.640 - 7.488	=> 7.489
Internisten <Fachärzte>**	<=3.272	3.273 - 4.960	=> 4.961
Internisten <Hausärzte>	<=3.294	3.295 - 4.478	=> 4.479
Kinderärzte <Hausärzte>	<=4.293	4.294 - 5.742	=> 5.743
Nervenärzte*	<=3.232	3.233 - 4.201	=> 4.202
Orthopäden	<=4.689	4.690 - 5.874	=> 5.875
Radiologen	<=6.812	6.813 - 13.727	=> 13.728
Urologen	<=3.812	3.813 - 6.080	=> 6.081

\*Ärzte für Nervenheilkunde ohne Neurologen/Psychiater \*\*Grenzwerte für alle fachinternistischen Praxen - Grenzwerte nach int. Schwerpunkten auf nächster Seite

(Tabelle wird fortgesetzt)

Fortsetzung der Ergänzung zu Tabelle 4.01 PRAXISGRÖSSENKLASSEN (Abrechnungsgruppen, die in der Frühinformation nicht vertreten sind)

ABRECHNUNGSGRUPPE	„kleine Praxis“	„mittlere Praxis“	„große Praxis“
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	<=3.065	3.066 - 4.308	=> 4.309
Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie	<=2.140	2.141 - 3.730	=> 3.731
Innere Medizin, SP Kardiologie	<=3.135	3.136 - 5.261	=> 5.262
Innere Medizin, SP Nephrologie	<=1.417	1.418 - 2.380	=> 2.381
Innere Medizin, SP Pneumologie	<=4.323	4.324 - 5.555	=> 5.556
Sonstige Internisten, fachärztl.	<=3.519	3.520 - 4.784	=> 4.785
Kinder-/Jugendpsychiatrie/-psychotherapie	<=680	681 - 1.345	=> 1.346
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<=231	232 - 511	=> 512
Neurologie	<=2.793	2.794 - 4.175	=> 4.176
Pathologie	<=7.078	7.079 - 20.046	=> 20.047
Psychiatrie	<=642	643 - 2.049	=> 2.050
Psychosomat. Med. u. Psychotherapie	<=112	113 - 196	=> 197
Ärztliche Psychotherapeuten	<=157	158 - 229	=> 230
Psychologische Psychotherapeuten	<=134	135 - 202	=> 203
Kinder- u. Jugendl.-Psychotherapeuten	<=96	97 - 146	=> 147
fachübergr. Praxen, hausärztlich	<=4.562	4.563 - 6.410	=> 6.411
fach-/SP-übergr. Praxen, fachärztl.	<=3.063	3.064 - 5.444	=> 5.445
fach-/SP-übergr. Praxen, fachärztl., versb.üb.	<=3.966	3.967 - 6.698	=> 6.699
sonstige	<=2.880	2.881 - 6.125	=> 6.126
<b>INSGESAMT</b>	<b>&lt;=2.630</b>	<b>2.631 - 4.748</b>	<b>=&gt; 4.749</b>



**Tabellen 5.01 – 5.14:**

# **Analyse nach Leistungssegmenten**

## **für ausgewählte Arzt-/Abrechnungsgruppen**

*Definition der Leistungssegmentierung im Anhang*

Seite 23	<b>EBM 2008-Begleitstudie- Modul 2a: Komplettdatenanalyse</b> auf Basis sachlich-rechnerisch richtig gestellter Abrechnungsdaten aus den KV-Bereichen Nordrhein und Brandenburg		WIdO	Institut des Bewertungsausschusses 
-------------	---	---	------	---

**Tabelle 5.01: Allgemeinmediziner und Praktische Ärzte\***  
**LEISTUNGSBEDARF IN PUNKTEN NACH LEISTUNGSSEGMENTEN**  
 in den Quartalen I-IV/2008 und im Vergleichszeitraum des Vorjahres

Leistungssegment	Leistungsbedarf				Veränderung I-IV/08 zu I-IV/07		Indikator „Fallpunktzahl“***		
	I-IV/2007		I-IV/2008		Leistungsbedarf		Verteilungsrechnung		
	Mio. Punkte	in %	Mio. Punkte	in %	Mio. Punkte	in %	I-IV/2007	I-IV/2008	VÄ. in %
Vers./Konsultat.-pausch. telef. Pat.-berat, schmerzth. Grundp., Ber./Er./Abkl.	10.055,05	57,7	11.634,46	57,0	1.579,41	15,7	771,64	872,57	13,1
Chronikerzuschlag	2.252,17	12,9	2.964,03	14,5	711,87	31,6	172,84	222,30	28,6
Qualitätszuschlag Psychosomatik	191,71	1,1	178,76	,9	-12,95	-6,8	14,71	13,41	-8,9
Besonders förderungswürdige Einzelleistungen und Leistungskomplexe	88,32	,5	141,95	,7	53,63	60,7	6,78	10,65	57,1
Bes. Inanspruchn., Notfallleist., Besuche, Visiten, Verwaltungskomplex	1.257,12	7,2	1.397,11	6,8	140,00	11,1	96,47	104,78	8,6
GU., Krebsvorsorge, Muvo., Empfängnistr. u. Schwangerschaftsabbruch	513,13	2,9	651,38	3,2	138,25	26,9	39,38	48,85	24,1
Übrige arztgruppenübergreifende allgemeine GOP	292,67	1,7	306,62	1,5	13,94	4,8	22,46	23,00	2,4
Spezielle Versorgungsbereiche	330,21	1,9	358,31	1,8	28,10	8,5	25,34	26,87	6,0
Ambulante Op. n, Anästh., präop. postop. u. orthop.-chir. konserv. Leistungen	50,80	,3	62,22	,3	11,42	22,5	3,90	4,67	19,7
Laborleistungen	808,65	4,6	790,13	3,9	-18,52	-2,3	62,06	59,26	-4,5
Ultraschalldiagnostik	187,49	1,1	200,30	1,0	12,81	6,8	14,39	15,02	4,4
Psychotherapie	83,50	,5	117,23	,6	33,73	40,4	6,41	8,79	37,2
Kostenpauschalen	60,63	,3	60,04	,3	-60	-1,0	4,65	4,50	-3,2
Sonstige GOP des EBM	22,41	,1	15,53	,1	-6,88	-30,7	1,72	1,16	-32,3
KV-spezifische GOP	1.229,20	7,1	1.530,73	7,5	301,53	24,5	94,33	114,80	21,7
<b>GESAMT</b>	<b>17.423,06</b>	<b>100,0</b>	<b>20.408,80</b>	<b>100,0</b>	<b>2.985,73</b>	<b>17,1</b>	<b>1.337,08</b>	<b>1.530,64</b>	<b>14,5</b>

\*\*\*Punktzahl des Leistungssegmentes dividiert durch die Fallzahl der Fachgruppe im Quartal




Seite 24	<b>EBM 2008-Begleitstudie- Modul 2a: Komplettdatenanalyse</b> auf Basis sachlich-rechnerisch richtig gestellter Abrechnungsdaten aus den KV-Bereichen Nordrhein und Brandenburg			
-------------	---	--	--	--

\*3.174 Praxen in beiden Vergleichszeiträumen

**Tabelle 5.02: Anästhesisten\***  
**LEISTUNGSBEDARF IN PUNKTEN NACH EBM-ABSCHNITTEN**  
in den Quartalen I-IV/2008 und im Vergleichszeitraum des Vorjahres

Leistungssegment	Leistungsbedarf				Veränderung I-IV/08 zu I-IV/07		Indikator „Fallpunktzahl“**		
	I-IV/2007		I-IV/2008		Leistungsbedarf		Verteilungsrechnung		
	Mio. Punkte	in %	Mio. Punkte	in %	Mio. Punkte	in %	I-IV/2007	I-IV/2008	VÄ. in %
Grund.-/Konsultat.-pausch. telef. Pat.-berat, schmerzth. Grundp., Ber./Er./Abkl.	85,29	9,8	113,12	11,2	27,83	32,6	338,92	421,19	24,3
Diagn.-/therap.GOP sowie Anästhesien u. Analgesien i. Z. m. Geburtshilfe	195,18	22,4	219,73	21,7	24,55	12,6	775,59	818,13	5,5
Kleinchirurgie	1,10	,1	1,12	,1	,02	1,4	4,37	4,16	-5,0
Bes. Inanspruchnahme, Notfalleist., Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpfl, Verwaltungskmpl., Verweilen, praxiskl. Betreuung u. Nachsorge	16,26	1,9	19,04	1,9	2,78	17,1	64,61	70,91	9,7
Übrige arztgruppenübergreifende allgemeine GOP	2,91	,3	3,05	,3	,14	4,9	11,57	11,37	-1,8
Schmerztherapie	75,12	8,6	100,93	10,0	25,81	34,4	298,50	375,80	25,9
Spezielle Versorgungsbereiche	,16	,0	,14	,0	-,02	-13,0	,64	,52	-18,5
Ambulante Op. n, Anästh., postop. u. orthop.-chir. konserv. Leistungen	430,70	49,3	484,68	47,8	53,98	12,5	1.711,49	1.804,65	5,4
Belegärztliche Leistungen gemäß Kapitel 36	,11	,0	,00	,0	-,11	-100,0	,44	.	.
Kostenpauschalen	5,77	,7	3,67	,4	-2,10	-36,4	22,93	13,67	-40,4
Sonstige GOP des EBM	13,82	1,6	14,73	1,5	,91	6,6	54,92	54,86	-,1
KV-spezifische GOP	46,67	5,3	53,61	5,3	6,94	14,9	185,46	199,60	7,6
<b>GESAMT</b>	<b>873,10</b>	<b>100,0</b>	<b>1.013,84</b>	<b>100,0</b>	<b>140,74</b>	<b>16,1</b>	<b>3.469,44</b>	<b>3.774,86</b>	<b>8,8</b>

\*\*Punktzahl des Leistungssegmentes dividiert durch die Fallzahl der Fachgruppe im Quartal


Seite 25	<b>EBM 2008-Begleitstudie- Modul 2a: Komplettdatenanalyse</b> auf Basis sachlich-rechnerisch richtig gestellter Abrechnungsdaten aus den KV-Bereichen Nordrhein und Brandenburg			
-------------	---	---	---	---

\*226 Praxen in beiden Vergleichszeiträumen

**Tabelle 5.03: Augenärzte\***  
**LEISTUNGSBEDARF IN PUNKTEN NACH EBM-ABSCHNITTEN**  
 in den Quartalen I-IV/2008 und im Vergleichszeitraum des Vorjahres

Leistungssegment	Leistungsbedarf				Veränderung I-IV/08 zu I-IV/07		Indikator „Fallpunktzahl“***		
	I-IV/2007		I-IV/2008		Leistungsbedarf		Verteilungsrechnung		
	Mio. Punkte	in %	Mio. Punkte	in %	Mio. Punkte	in %	I-IV/2007	I-IV/2008	VÄ. in %
Grund.-/Konsultat.-pausch. telef. Pat.-berat, schmerzth. Grundp., Ber./Er./Abkl.	1.671,83	59,7	1.836,69	58,9	164,86	9,9	507,48	553,62	9,1
Diagnostische und therapeutische GOP	554,76	19,8	614,09	19,7	59,33	10,7	168,39	185,10	9,9
Kleinchirurgie	9,72	,3	9,85	,3	,13	1,3	2,95	2,97	,6
Bes. Inanspruchnahme, Notfallleist., Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpfl., Verwaltungskmpl., Verweilen, praxiskl. Betreuung u. Nachsorge	34,48	1,2	36,46	1,2	1,99	5,8	10,47	10,99	5,0
Übrige arztgruppenübergreifende allgemeine GOP	1,15	,0	1,19	,0	,05	4,0	,35	,36	3,2
Ambulante Op. n, Anästh., postop. u. orthop.-chir. konserv. Leistungen	273,77	9,8	318,43	10,2	44,66	16,3	83,10	95,98	15,5
Belegärztliche Leistungen gemäß Kap. 36	1,72	,1	2,21	,1	,49	28,3	,52	,66	27,4
Kostenpauschalen	4,10	,1	3,97	,1	-,13	-3,1	1,24	1,20	-3,8
Sonstige GOP des EBM	6,44	,2	9,01	,3	2,56	39,8	1,96	2,72	38,8
KV-spezifische GOP	244,46	8,7	284,89	9,1	40,43	16,5	74,20	85,87	15,7
<b>GESAMT</b>	<b>2.802,42</b>	<b>100,0</b>	<b>3.116,79</b>	<b>100,0</b>	<b>314,37</b>	<b>11,2</b>	<b>850,67</b>	<b>939,47</b>	<b>10,4</b>

\*\*\*Punktzahl des Leistungssegmentes dividiert durch die Fallzahl der Fachgruppe im Quartal

Seite 26	<b>EBM 2008-Begleitstudie- Modul 2a: Komplettdatenanalyse</b> auf Basis sachlich-rechnerisch richtig gestellter Abrechnungsdaten aus den KV-Bereichen Nordrhein und Brandenburg			
-------------	---	---	---	---

\*489 Praxen in beiden Vergleichszeiträumen

**Tabelle 5.04: Chirurgen\***  
**LEISTUNGSBEDARF IN PUNKTEN NACH EBM-ABSCHNITTEN**  
 in den Quartalen I-IV/2008 und im Vergleichszeitraum des Vorjahres


Leistungssegment	Leistungsbedarf				Veränderung I-IV/08 zu I-IV/07		Indikator „Fallpunktzahl“***		
	I-IV/2007		I-IV/2008		Leistungsbedarf		Verteilungsrechnung		
	Mio. Punkte	in %	Mio. Punkte	in %	Mio. Punkte	in %	I-IV/2007	I-IV/2008	VÄ. in %
Grund.-/Konsultat.-pausch. telef. Pat.-berat, schmerzth. Grundp., Ber./Er./Abkl.	720,79	33,9	835,21	34,6	114,42	15,9	568,14	638,54	12,4
Diagnostische und therapeutische GOP (inkl. Zusatzp. Onkologie)	119,75	5,6	174,22	7,2	54,47	45,5	94,39	133,20	41,1
Kleinchirurgie	85,14	4,0	84,74	3,5	-,39	-,5	67,11	64,79	-3,5
Bes. Inanspruchnahme, Notfalleist., Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpfl., Verwaltungskompl., Verweilen, praxiskl. Betreuung u. Nachsorge	37,07	1,7	43,33	1,8	6,27	16,9	29,22	33,13	13,4
Übrige arztgruppenübergreifende allgemeine GOP	40,34	1,9	42,94	1,8	2,60	6,4	31,80	32,83	3,2
Spezielle Versorgungsbereiche	116,44	5,5	130,47	5,4	14,03	12,0	91,78	99,75	8,7
Ambulante Operationen, Anästhesien, postoperative Leistungen	657,13	30,9	713,76	29,6	56,64	8,6	517,96	545,70	5,4
Orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen	1,88	,1	2,16	,1	,28	14,7	1,48	1,65	11,2
Diagnostische Radiologie und CT	139,99	6,6	150,97	6,3	10,98	7,8	110,34	115,42	4,6
Kostenpauschalen	28,41	1,3	31,11	1,3	2,70	9,5	22,40	23,79	6,2
Sonstige GOP des EBM	165,39	7,8	189,74	7,9	24,35	14,7	130,36	145,06	11,3
KV-spezifische GOP	12,94	,6	13,99	,6	1,05	8,1	10,20	10,70	4,9
<b>GESAMT</b>	<b>2.125,25</b>	<b>100,0</b>	<b>2.412,64</b>	<b>100,0</b>	<b>287,39</b>	<b>13,5</b>	<b>1.675,17</b>	<b>1.844,55</b>	<b>10,1</b>

\*\*Punktzahl des Leistungssegmentes dividiert durch die Fallzahl der Fachgruppe im Quartal

**Tabelle 5.05: Gynäkologen\***  
**LEISTUNGSBEDARF IN PUNKTEN NACH EBM-ABSCHNITTEN**  
in den Quartalen I-IV/2008 und im Vergleichszeitraum des Vorjahres

Leistungssegment	Leistungsbedarf				Veränderung I-IV/08 zu I-IV/07		Indikator „Fallpunktzahl“ <sup>***</sup>		
	I-IV/2007		I-IV/2008		Leistungsbedarf		Verteilungsrechnung		
	Mio. Punkte	in %	Mio. Punkte	in %	Mio. Punkte	in %	I-IV/2007	I-IV/2008	VÄ. in %
Grund.-/Konsultat.-pausch. telef. Pat.-berat, schmerzth. Grundp., Ber./Er./Abkl.	1.814,16	32,1	1.972,61	31,6	158,45	8,7	315,21	343,21	8,9
Diagnostische und therapeutische GOP, Geburtshilfe, Reproduktionsmedizin (inkl. Zusatzp. Onkologie)	36,03	,6	111,40	1,8	75,37	209,2	6,26	19,38	209,6
Kleinchirurgie	9,61	,2	10,98	,2	1,37	14,3	1,67	1,91	14,4
Bes. Inanspruchnahme, Notfallleist., Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpfl, Verwaltungskompl., Verweilen, praxiskl. Betreuung u. Nachsorge	83,90	1,5	84,14	1,3	,23	,3	14,58	14,64	,4
GU., Krebsvorsorge, Muvo., Empfängnisr. u. Schwangerschaftsabbruch	2.555,23	45,2	2.804,75	45,0	249,52	9,8	443,98	487,98	9,9
Übrige arztgruppenübergreifende allgemeine GOP	8,12	,1	9,08	,1	,96	11,8	1,41	1,58	11,9
Spezielle Versorgungsbereiche	,31	,0	,29	,0	-,02	-5,3	,05	,05	-5,2
Ambulante Op. n, Anästh., postop. u. orthop.-chir. konserv. Leistungen	78,65	1,4	84,38	1,4	5,73	7,3	13,67	14,68	7,4
Laborleistungen	216,89	3,8	217,03	3,5	,15	,1	37,68	37,76	,2
Ultraschalldiagnostik	490,99	8,7	515,91	8,3	24,92	5,1	85,31	89,76	5,2
Psychotherapie und Tests	143,92	2,5	208,04	3,3	64,12	44,5	25,01	36,20	44,7
Belegärztliche Leistungen gemäß Kap. 36	,16	,0	,20	,0	,04	23,3	,03	,03	23,5
Kostenpauschalen	51,25	,9	49,81	,8	-1,44	-2,8	8,90	8,67	-2,7
Sonstige GOP des EBM	99,52	1,8	84,33	1,4	-15,19	-15,3	17,29	14,67	-15,2
KV-spezifische GOP	69,90	1,2	81,73	1,3	11,82	16,9	12,15	14,22	17,1
<b>GESAMT</b>	<b>5.658,65</b>	<b>100,0</b>	<b>6.234,68</b>	<b>100,0</b>	<b>576,03</b>	<b>10,2</b>	<b>983,20</b>	<b>1.084,74</b>	<b>10,3</b>

\*\*\*Punktzahl des Leistungssegmentes dividiert durch die Fallzahl der Fachgruppe im Quartal

Seite 28	<b>EBM 2008-Begleitstudie- Modul 2a: Komplettdatenanalyse</b> auf Basis sachlich-rechnerisch richtig gestellter Abrechnungsdaten aus den KV-Bereichen Nordrhein und Brandenburg	  
-------------	---	---

\*1.056 Praxen in beiden Vergleichszeiträumen

**Tabelle 5.06: HNO-Ärzte\***  
**LEISTUNGSBEDARF IN PUNKTEN NACH EBM-ABSCHNITTEN**  
in den Quartalen I-IV/2008 und im Vergleichszeitraum des Vorjahres

Leistungssegment	Leistungsbedarf				Veränderung I-IV/08 zu I-IV/07		Indikator „Fallpunktzahl“***		
	I-IV/2007		I-IV/2008		Leistungsbedarf		Verteilungsrechnung		
	Mio. Punkte	in %	Mio. Punkte	in %	Mio. Punkte	in %	I-IV/2007	I-IV/2008	VÄ. in %
Grund.-/Konsultat.-pausch. telef. Pat.-berat, schmerzth. Grundp., Ber./Er./Abkl.	1.136,89	49,1	1.256,33	49,6	119,44	10,5	506,25	556,35	9,9
Diagnostische und therapeutische GOP (inkl. Zusatzp. Onkologie)	649,20	28,0	712,76	28,1	63,56	9,8	289,09	315,63	9,2
Kleinchirurgie	136,12	5,9	151,02	6,0	14,90	10,9	60,61	66,88	10,3
Bes. Inanspruchnahme, Notfallleist., Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpfl., Verwaltungskompl., Verweilen, praxiskl. Betreuung u. Nachsorge	50,26	2,2	55,30	2,2	5,04	10,0	22,38	24,49	9,4
Übrige arztgruppenübergreifende allgemeine GOP	25,63	1,1	25,46	1,0	-,17	-,7	11,41	11,27	-1,2
Allergologie	119,30	5,1	126,66	5,0	7,36	6,2	53,12	56,09	5,6
Übrige spezielle Versorgungsbereiche	6,25	,3	8,09	,3	1,83	29,3	2,79	3,58	28,6
Ambulante Op. n, Anästh., postop. u. orthop.-chir. konserv. Leistungen	69,10	3,0	57,29	2,3	-11,81	-17,1	30,77	25,37	-17,5
Belegärztliche Leistungen gemäß Kap. 36	25,56	1,1	35,51	1,4	9,95	38,9	11,38	15,72	38,2
Kostenpauschalen	4,17	,2	3,84	,2	-,32	-7,8	1,85	1,70	-8,3
Sonstige GOP des EBM	92,25	4,0	100,53	4,0	8,28	9,0	41,08	44,52	8,4
KV-spezifische GOP	1,93	,1	2,02	,1	,09	4,5	,86	,89	3,9
<b>GESAMT</b>	<b>2.316,65</b>	<b>100,0</b>	<b>2.534,80</b>	<b>100,0</b>	<b>218,15</b>	<b>9,4</b>	<b>1.031,60</b>	<b>1.122,50</b>	<b>8,8</b>

\*\*\*Punktzahl des Leistungssegmentes dividiert durch die Fallzahl der Fachgruppe im Quartal




Seite 29	<b>EBM 2008-Begleitstudie- Modul 2a: Komplettdatenanalyse</b> auf Basis sachlich-rechnerisch richtig gestellter Abrechnungsdaten aus den KV-Bereichen Nordrhein und Brandenburg	  
-------------	---	---

\*430 Praxen in beiden Vergleichszeiträumen

**Tabelle 5.07: Hautärzte\***  
**LEISTUNGSBEDARF IN PUNKTEN NACH EBM-ABSCHNITTEN**  
in den Quartalen I-IV/2008 und im Vergleichszeitraum des Vorjahres

Leistungssegment	Leistungsbedarf				Veränderung I-IV/08 zu I-IV/07		Indikator „Fallpunktzahl“***		
	I-IV/2007		I-IV/2008		Leistungsbedarf		Verteilungsrechnung		
	Mio. Punkte	in %	Mio. Punkte	in %	Mio. Punkte	in %	I-IV/2007	I-IV/2008	VÄ. in %
Grund.-/Konsultat.-pausch. telef. Pat.-berat, schmerzth. Grundp., Ber./Er./Abkl.	829,19	51,1	916,96	48,4	87,77	10,6	373,21	398,21	6,7
Diagnostische und therapeutische GOP (inkl. Zusatzp. Onkologie)	5,05	,3	49,41	2,6	44,36	878,1	2,27	21,46	843,7
GU., Krebsvorsorge, Muvo., Empfängnisr. u. Schwangerschaftsabbruch	,00	,0	121,95	6,4	121,95	.	.	52,96	.
Kleinchirurgie	169,73	10,5	175,90	9,3	6,18	3,6	76,39	76,39	,0
Bes. Inanspruchnahme, Notfallleist., Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpf., Verwaltungskomp., Verweilen, praxiskl. Betreuung u. Nachsorge	37,66	2,3	41,55	2,2	3,89	10,3	16,95	18,04	6,4
Übrige arztgruppenübergreifende allgemeine GOP	7,14	,4	11,95	,6	4,82	67,5	3,21	5,19	61,6
Allergologie	205,37	12,7	203,94	10,8	-1,43	-,7	92,43	88,56	-4,2
Physikalische Therapie	58,55	3,6	56,76	3,0	-1,80	-3,1	26,35	24,65	-6,5
Übrige spezielle Versorgungsbereiche	16,96	1,0	17,17	,9	,22	1,3	7,63	7,46	-2,3
Ambulante Op. n, Anästh., postop. u. orthop.-chir. konserv. Leistungen	96,53	5,9	108,09	5,7	11,56	12,0	43,45	46,94	8,0
Laborleistungen	94,88	5,8	97,84	5,2	2,96	3,1	42,70	42,49	-,5
Belegärztl. Leistungen gemäß Kap. 36	,13	,0	,29	,0	,15	112,3	,06	,12	104,8
Kostenpauschalen	3,98	,2	3,25	,2	-,73	-18,3	1,79	1,41	-21,1
Sonstige GOP des EBM	25,50	1,6	31,96	1,7	6,47	25,4	11,48	13,88	21,0
KV-spezifische GOP	72,14	4,4	56,40	3,0	-15,74	-21,8	32,47	24,49	-24,6
<b>GESAMT</b>	<b>1.622,79</b>	<b>100,0</b>	<b>1.893,42</b>	<b>100,0</b>	<b>270,62</b>	<b>16,7</b>	<b>730,40</b>	<b>822,26</b>	<b>12,6</b>

\*\*\*Punktzahl des Leistungssegmentes dividiert durch die Fallzahl der Fachgruppe im Quartal

Seite 30	<b>EBM 2008-Begleitstudie- Modul 2a: Komplettdatenanalyse</b> auf Basis sachlich-rechnerisch richtig gestellter Abrechnungsdaten aus den KV-Bereichen Nordrhein und Brandenburg	  
-------------	---	---

\*324 Praxen in beiden Vergleichszeiträumen



**Tabelle 5.08: Fachärztlich tätige Internisten insgesamt\***  
**LEISTUNGSBEDARF IN PUNKTEN NACH EBM-ABSCHNITTEN**  
in den Quartalen I-IV/2008 und im Vergleichszeitraum des Vorjahres

Leistungssegment	Leistungsbedarf				Veränderung I-IV/08 zu I-IV/07		Indikator „Fallpunktzahl“***		
	I-IV/2007		I-IV/2008		Leistungsbedarf		Verteilungsrechnung		
	Mio. Punkte	in %	Mio. Punkte	in %	Mio. Punkte	in %	I-IV/2007	I-IV/2008	VÄ. in %
Grund.-/Konsultat.-pausch. telef. Pat.-berat, schmerzth. Grundp., Ber./Er./Abkl.	866,92	17,2	1.053,43	18,3	186,51	21,5	468,50	553,33	18,1
Fachinternistische Behandlung	75,69	1,5	90,04	1,6	14,36	19,0	40,90	47,30	15,6
Schwerpunktorientierte intern. Vers. und Def.auftr. (inkl. Zusatzp. Onkologie)	1.600,03	31,7	1.962,85	34,2	362,82	22,7	864,68	1.031,02	19,2
Kleinchirurgie	4,80	,1	5,13	,1	,33	6,8	2,59	2,69	3,8
Bes. Inanspruchnahme, Notfalleist., Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpfl., Verwaltungskompl., Verweilen, praxiskl. Betreuung u. Nachsorge	137,84	2,7	152,69	2,7	14,84	10,8	74,49	80,20	7,7
GU., Krebsvorsorge, Muvo., Empfängnistr. u. Schwangerschaftsabbruch	158,21	3,1	153,80	2,7	-4,41	-2,8	85,50	80,79	-5,5
Übrige arztgruppenübergreifende allgemeine GOP	37,24	,7	37,65	,7	,41	1,1	20,12	19,77	-1,7
Spezielle Versorgungsbereiche	181,11	3,6	208,74	3,6	27,62	15,3	97,88	109,64	12,0
Ambulante Op. n, Anästh., postop. u. orthop.-chir. konserv. Leistungen (inkl. belegärztl. Leistungen gemäß Kap. 36)	,46	,0	,76	,0	,30	65,6	,25	,40	60,9
Laborleistungen	304,38	6,0	322,96	5,6	18,58	6,1	164,49	169,64	3,1
Ultraschalldiagnostik	201,46	4,0	187,99	3,3	-13,48	-6,7	108,87	98,74	-9,3
Kostenpauschalen	665,85	13,2	683,73	11,9	17,89	2,7	359,83	359,14	-,2
Sonstige GOP des EBM	181,14	3,6	191,19	3,3	10,05	5,5	97,89	100,43	2,6
KV-spezifische GOP	638,98	12,6	693,27	12,1	54,29	8,5	345,31	364,15	5,5
<b>GESAMT</b>	<b>5.054,11</b>	<b>100,0</b>	<b>5.744,23</b>	<b>100,0</b>	<b>690,12</b>	<b>13,7</b>	<b>2.731,32</b>	<b>3.017,25</b>	<b>10,5</b>

\*\*\*Punktzahl des Leistungssegmentes dividiert durch die Fallzahl der Fachgruppe im Quartal

Seite 31	<b>EBM 2008-Begleitstudie- Modul 2a: Komplettdatenanalyse</b> auf Basis sachlich-rechnerisch richtig gestellter Abrechnungsdaten aus den KV-Bereichen Nordrhein und Brandenburg				
-------------	---	---	---	---	---

\*415 Praxen in beiden Vergleichszeiträumen

**Tabelle 5.09: Hausärztlich tätige Internisten\***  
**LEISTUNGSBEDARF IN PUNKTEN NACH EBM-ABSCHNITTEN**  
 in den Quartalen I-IV/2008 und im Vergleichszeitraum des Vorjahres




Leistungssegment	Leistungsbedarf				Veränderung I-IV/08 zu I-IV/07		Indikator „Fallpunktzahl“***		
	I-IV/2007		I-IV/2008		Leistungsbedarf		Verteilungsrechnung		
	Mio. Punkte	in %	Mio. Punkte	in %	Mio. Punkte	in %	I-IV/2007	I-IV/2008	VA. in %
Vers.-/Konsultat.-pausch. telef. Pat.-berat, schmerzth. Grundp., Ber./Er./Abkl.	2.944,92	54,4	3.380,54	54,2	435,62	14,8	773,58	869,34	12,4
Chronikerzuschlag	774,52	14,3	982,09	15,7	207,57	26,8	203,45	252,55	24,1
Qualitätszuschlag Psychosomatik	29,21	,5	38,05	,6	8,84	30,3	7,67	9,78	27,5
Besonders förderungswürdige Einzelleistungen und Leistungskomplexe	76,02	1,4	97,77	1,6	21,75	28,6	19,97	25,14	25,9
Bes. Inanspruchn., Notfallleist., Besuche, Visiten, Verwaltungskomplex	300,78	5,6	302,80	4,9	2,01	,7	79,01	77,87	-1,4
GU., Krebsvorsorge, Muvo., Empfängnistr. u. Schwangerschaftsabbruch	173,76	3,2	213,86	3,4	40,10	23,1	45,64	55,00	20,5
Übrige arztgruppenübergreifende allgemeine GOP	39,63	,7	39,98	,6	,35	,9	10,41	10,28	-1,2
Spezielle Versorgungsbereiche	42,04	,8	41,99	,7	-,05	-,1	11,04	10,80	-2,2
Ambulante Op. n, Anästh., präop. postop. u. orthop.-chir. konserv. Leistungen	15,63	,3	19,65	,3	4,02	25,7	4,11	5,05	23,1
Laborleistungen	260,60	4,8	248,39	4,0	-12,21	-4,7	68,45	63,88	-6,7
Ultraschalldiagnostik	151,09	2,8	156,92	2,5	5,83	3,9	39,69	40,35	1,7
Psychotherapie	5,22	,1	7,78	,1	2,56	49,1	1,37	2,00	45,9
Kostenpauschalen	15,32	,3	15,03	,2	-,30	-1,9	4,03	3,86	-4,0
Sonstige GOP des EBM	11,21	,2	11,36	,2	,15	1,3	2,95	2,92	-,8
KV-spezifische GOP	573,81	10,6	682,54	10,9	108,72	18,9	150,73	175,52	16,4
<b>GESAMT</b>	<b>5.413,77</b>	<b>100,0</b>	<b>6.238,74</b>	<b>100,0</b>	<b>824,98</b>	<b>15,2</b>	<b>1.422,10</b>	<b>1.604,35</b>	<b>12,8</b>

\*\*\*Punktzahl des Leistungssegmentes dividiert durch die Fallzahl der Fachgruppe im Quartal

**Tabelle 5.10: Kinderärzte\***  
**LEISTUNGSBEDARF IN PUNKTEN NACH EBM-ABSCHNITTEN**  
in den Quartalen I-IV/2008 und im Vergleichszeitraum des Vorjahres

Leistungssegment	Leistungsbedarf				Veränderung I-IV/08 zu I-IV/07		Indikator „Fallpunktzahl“***		
	I-IV/2007		I-IV/2008		Leistungsbedarf		Verteilungsrechnung		
	Mio. Punkte	in %	Mio. Punkte	in %	Mio. Punkte	in %	I-IV/2007	I-IV/2008	VÄ. in %
Vers.-/Konsultat.-pausch. telef. Pat.-berat, schmerzth. Grundp., Ber./Er./Abkl.	2.377,45	70,6	2.407,50	66,3	30,05	1,3	812,27	819,66	,9
Chronikerzuschlag bzw. Koordination der neuropäd. Betreuung	78,01	2,3	179,43	4,9	101,42	130,0	26,65	61,09	129,2
Qualitätszuschlag Psychosomatik bzw. Leist. bei psychosom. Krankheitszust.	8,31	,2	22,05	,6	13,74	165,5	2,84	7,51	164,5
Bes. förderungsw. Einzell. U. Leistungskomplexe ohne Prokto-/Rektoskopie	11,82	,4	17,53	,5	5,71	48,3	4,04	5,97	47,8
Leistungen der schwerpunktorientierten Pädiatrie	15,43	,5	25,14	,7	9,70	62,9	5,27	8,56	62,3
Päd. Leistungen mit Zusatzweiterbildung inkl. Prokto-/ Rektoskopie	6,58	,2	11,69	,3	5,12	77,8	2,25	3,98	77,2
Bes. Inanspruchn., Notfallleist., Besuche, Visiten, Verwaltungskomplex	157,75	4,7	195,30	5,4	37,55	23,8	53,90	66,49	23,4
GU., Krebsvorsorge, Muvo., Empfängnisr. u. Schwangerschaftsabbruch	283,12	8,4	323,36	8,9	40,24	14,2	96,73	110,09	13,8
Übrige arztgruppenübergreifende allgemeine GOP	17,92	,5	18,92	,5	1,00	5,6	6,12	6,44	5,2
Spezielle Versorgungsbereiche	43,66	1,3	52,21	1,4	8,55	19,6	14,92	17,77	19,2
Ambulante Op. n, Anästh., präop. postop. u. orthop.-chir. konserv. Leistungen	6,52	,2	7,34	,2	,81	12,5	2,23	2,50	12,1
Laborleistungen	64,31	1,9	64,51	1,8	,20	,3	21,97	21,96	,0
Ultraschalldiagnostik	31,35	,9	31,93	,9	,59	1,9	10,71	10,87	1,5
Psychotherapie und Tests	19,99	,6	27,95	,8	7,96	39,8	6,83	9,51	39,3
Kostenpauschalen	1,55	,0	1,68	,0	,13	8,7	,53	,57	8,3
Sonstige GOP des EBM	6,11	,2	5,22	,1	-,89	-14,5	2,09	1,78	-14,8
KV-spezifische GOP	236,30	7,0	238,78	6,6	2,49	1,1	80,73	81,30	,7
<b>GESAMT</b>	<b>3.366,16</b>	<b>100,0</b>	<b>3.630,54</b>	<b>100,0</b>	<b>264,38</b>	<b>7,9</b>	<b>1.150,07</b>	<b>1.236,05</b>	<b>7,5</b>

\*\*Punktzahl des Leistungssegmentes dividiert durch die Fallzahl der Fachgruppe im Quartal

Seite 33	<b>EBM 2008-Begleitstudie- Modul 2a: Komplettdatenanalyse</b> auf Basis sachlich-rechnerisch richtig gestellter Abrechnungsdaten aus den KV-Bereichen Nordrhein und Brandenburg	  
-------------	---	---

\*546 Praxen in beiden Vergleichszeiträumen

**Tabelle 5.11: Nervenärzte (ohne Neurologen/Psychiater)\***  
**LEISTUNGSBEDARF IN PUNKTEN NACH EBM-ABSCHNITTEN**  
 in den Quartalen I-IV/2008 und im Vergleichszeitraum des Vorjahres

Leistungssegment	Leistungsbedarf				Veränderung I-IV/08 zu I-IV/07		Indikator „Fallpunktzahl“***		
	I-IV/2007		I-IV/2008		Leistungsbedarf		Verteilungsrechnung		
	Mio. Punkte	in %	Mio. Punkte	in %	Mio. Punkte	in %	I-IV/2007	I-IV/2008	VÄ. in %
Grund.-./Konsultat.-pausch. telef. Pat.-berat, schmerzth. Grundp., Ber./Er./Abkl.	468,12	60,4	526,61	57,8	58,49	12,5	744,59	818,04	9,9
Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen, Fremd-anamnese, supportive psychiatrische Behandlung	205,44	26,5	281,70	30,9	76,26	37,1	326,77	437,59	33,9
Kleinchirurgie	,09	,0	,09	,0	,01	7,4	,14	,14	4,8
Bes. Inanspruchnahme, Notfallleist., Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpfl, Verwaltungskmpl., Verweilen, praxiskl. Betreuung u. Nachsorge	31,93	4,1	29,44	3,2	-2,50	-7,8	50,79	45,73	-10,0
Übrige arztgruppenübergreifende allgemeine GOP	4,41	,6	4,17	,5	-,23	-5,3	7,01	6,48	-7,5
Spezielle Versorgungsbereiche	8,17	1,1	8,74	1,0	,56	6,9	13,00	13,57	4,4
Psychotherapie und Tests	17,68	2,3	21,81	2,4	4,13	23,4	28,12	33,88	20,5
Kostenpauschalen	2,95	,4	2,93	,3	-,02	-,6	4,69	4,56	-2,9
Sonstige GOP des EBM	33,08	4,3	31,85	3,5	-1,23	-3,7	52,62	49,48	-6,0
KV-spezifische GOP	3,36	,4	3,26	,4	-,10	-3,1	5,35	5,06	-5,3
<b>GESAMT</b>	<b>775,24</b>	<b>100,0</b>	<b>910,62</b>	<b>100,0</b>	<b>135,37</b>	<b>17,5</b>	<b>1.233,10</b>	<b>1.414,55</b>	<b>14,7</b>




\*\*Punktzahl des Leistungssegmentes dividiert durch die Fallzahl der Fachgruppe im Quartal

\*165 Praxen in beiden Vergleichszeiträumen

**Tabelle 5.12: Orthopäden\***  
**LEISTUNGSBEDARF IN PUNKTEN NACH EBM-ABSCHNITTEN**  
 in den Quartalen I-IV/2008 und im Vergleichszeitraum des Vorjahres

Leistungssegment	Leistungsbedarf				Veränderung I-IV/08 zu I-IV/07		Indikator „Fallpunktzahl“***		
	I-IV/2007		I-IV/2008		Leistungsbedarf		Verteilungsrechnung		
	Mio. Punkte	in %	Mio. Punkte	in %	Mio. Punkte	in %	I-IV/2007	I-IV/2008	VA. in %
Grund.-/Konsultat.-pausch. telef. Pat.-berat, schmerzth. Grundp., Ber./Er./Abkl.	1.339,62	38,9	1.393,05	37,2	53,43	4,0	523,11	537,43	2,7
Diagnostische und therapeutische GOP	546,69	15,9	652,52	17,4	105,83	19,4	213,48	251,74	17,9
Kleinchirurgie	53,71	1,6	42,42	1,1	-11,29	-21,0	20,97	16,36	-22,0
Bes. Inanspruchnahme, Notfallleist., Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpfl, Verwaltungskompl., Verweilen, praxiskl. Betreuung u. Nachsorge	38,39	1,1	39,29	1,1	,90	2,3	14,99	15,16	1,1
Übrige arztgruppenübergreifende allgemeine GOP	90,45	2,6	91,45	2,4	1,00	1,1	35,32	35,28	-,1
Chirotherapie, Physikalische Therapie, Schmerztherapie	733,38	21,3	846,61	22,6	113,23	15,4	286,38	326,62	14,1
Übrige spezielle Versorgungsbereiche	,74	,0	,37	,0	-,37	-50,6	,29	,14	-51,2
Ambulante Op. n, Anästh., postop. u. orthop.-chir. konserv. Leistungen	134,70	3,9	138,14	3,7	3,44	2,6	52,60	53,29	1,3
Diagnostische Radiologie und CT	402,90	11,7	418,67	11,2	15,77	3,9	157,33	161,52	2,7
Belegärztliche Leistungen gemäß Kap. 36	5,79	,2	8,52	,2	2,73	47,2	2,26	3,29	45,4
Kostenpauschalen	38,48	1,1	35,69	1,0	-2,78	-7,2	15,03	13,77	-8,3
Sonstige GOP des EBM	55,53	1,6	68,68	1,8	13,15	23,7	21,69	26,50	22,2
KV-spezifische GOP	4,00	,1	5,79	,2	1,79	44,8	1,56	2,23	43,1
<b>GESAMT</b>	<b>3.444,37</b>	<b>100,0</b>	<b>3.741,20</b>	<b>100,0</b>	<b>296,82</b>	<b>8,6</b>	<b>1.344,99</b>	<b>1.443,34</b>	<b>7,3</b>

\*\*\*Punktzahl des Leistungssegmentes dividiert durch die Fallzahl der Fachgruppe im Quartal

Seite 35	<b>EBM 2008-Begleitstudie- Modul 2a: Komplettdatenanalyse</b> auf Basis sachlich-rechnerisch richtig gestellter Abrechnungsdaten aus den KV-Bereichen Nordrhein und Brandenburg				
-------------	---	---	---	---	---

\*451 Praxen in beiden Vergleichszeiträumen

**Tabelle 5.13: Radiologen\***  
**LEISTUNGSBEDARF IN PUNKTEN NACH EBM-ABSCHNITTEN**  
 in den Quartalen I-IV/2008 und im Vergleichszeitraum des Vorjahres

Leistungssegment	Leistungsbedarf				Veränderung I-IV/08 zu I-IV/07		Indikator „Fallpunktzahl“***		
	I-IV/2007		I-IV/2008		Leistungsbedarf		Verteilungsrechnung		
	Mio. Punkte	in %	Mio. Punkte	in %	Mio. Punkte	in %	I-IV/2007	I-IV/2008	VA. in %
Konsiliarpauschale	83,38	6,8	86,26	6,6	2,88	3,5	116,90	123,97	6,0
Kleinchirurgie	,37	,0	,41	,0	,03	9,4	,52	,58	12,1
Notfallleistungen, Besuche, Visiten, Prüf. der häuslichen Krankenpflege, Verwaltungskomplex, telef. Beratung, praxiskl. Betr. u. Nachsorge	3,82	,3	2,63	,2	-1,18	-31,0	5,35	3,78	-29,3
Übrige arztgruppenübergreifende allgemeine GOP	,02	,0	,02	,0	,00	-12,0	,03	,03	-9,8
Ultraschalldiagnostik	46,56	3,8	46,14	3,5	-,41	-,9	65,27	66,31	1,6
Diagnostische Radiologie	326,71	26,6	317,89	24,2	-8,82	-2,7	458,07	456,85	-,3
CT und MRT	659,85	53,7	747,17	56,8	87,32	13,2	925,14	1.073,76	16,1
Kostenpauschalen	22,20	1,8	21,18	1,6	-1,02	-4,6	31,12	30,44	-2,2
Sonstige GOP des EBM	76,96	6,3	86,79	6,6	9,83	12,8	107,90	124,73	15,6
KV-spezifische GOP	8,74	,7	6,89	,5	-1,85	-21,2	12,25	9,90	-19,2
<b>GESAMT</b>	<b>1.228,60</b>	<b>100,0</b>	<b>1.315,38</b>	<b>100,0</b>	<b>86,79</b>	<b>7,1</b>	<b>1.722,55</b>	<b>1.890,35</b>	<b>9,7</b>

\*\*Punktzahl des Leistungssegmentes dividiert durch die Fallzahl der Fachgruppe im Quartal

\*66 Praxen in beiden Vergleichszeiträumen

**Tabelle 5.14: Urologen\***  
**LEISTUNGSBEDARF IN PUNKTEN NACH EBM-ABSCHNITTEN**  
 in den Quartalen I-IV/2008 und im Vergleichszeitraum des Vorjahres

Leistungssegment	Leistungsbedarf				Veränderung I-IV/08 zu I-IV/07		Indikator „Fallpunktzahl“***		
	I-IV/2007		I-IV/2008		Leistungsbedarf		Verteilungsrechnung		
	Mio. Punkte	in %	Mio. Punkte	in %	Mio. Punkte	in %	I-IV/2007	I-IV/2008	VÄ. in %
Grund.-/Konsultat.-pausch. telef. Pat.-berat, schmerzth. Grundp., Ber./Er./Abkl.	588,39	40,5	692,65	41,3	104,25	17,7	467,30	537,96	15,1
Diagnostische und therapeutische GOP (inkl. Zusatzp. Onkologie)	109,04	7,5	180,48	10,8	71,45	65,5	86,60	140,18	61,9
Kleinchirurgie	21,70	1,5	24,01	1,4	2,31	10,6	17,24	18,65	8,2
Bes. Inanspruchnahme, Notfalleist., Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpfl, Verwaltungskmpl., Verweilen, praxiskl. Betreuung u. Nachsorge	53,79	3,7	57,99	3,5	4,20	7,8	42,72	45,04	5,4
Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Empfängnisregelung	68,70	4,7	76,33	4,6	7,63	11,1	54,56	59,28	8,7
Übrige arztgruppenübergreifende allgemeine GOP	5,17	,4	5,80	,3	,63	12,2	4,11	4,50	9,7
Spezielle Versorgungsbereiche	1,02	,1	1,09	,1	,07	6,7	,81	,84	4,3
Ambulante Op. n, Anästh., postop. u. orthop.-chir. konserv. Leistungen	26,22	1,8	26,93	1,6	,71	2,7	20,83	20,92	,4
Laborleistungen	198,99	13,7	205,38	12,3	6,39	3,2	158,04	159,51	,9
Ultraschalldiagnostik	201,48	13,9	217,75	13,0	16,27	8,1	160,02	169,12	5,7
Belegärztl. Leistungen gemäß Kap. 36	3,88	,3	6,10	,4	2,23	57,5	3,08	4,74	54,0
Kostenpauschalen	6,49	,4	6,62	,4	,13	2,1	5,15	5,14	-,2
Sonstige GOP des EBM	130,52	9,0	137,58	8,2	7,06	5,4	103,66	106,85	3,1
KV-spezifische GOP	36,30	2,5	37,69	2,2	1,39	3,8	28,83	29,27	1,5
<b>GESAMT</b>	<b>1.451,70</b>	<b>100,0</b>	<b>1.676,40</b>	<b>100,0</b>	<b>224,71</b>	<b>15,5</b>	<b>1.152,94</b>	<b>1.302,01</b>	<b>12,9</b>

\*\*\*Punktzahl des Leistungssegmentes dividiert durch die Fallzahl der Fachgruppe im Quartal

\*230 Praxen in beiden Vergleichszeiträumen

## ANHANG

# Definition

## Leistungssegmentierung

### Ergänzende Hinweise:

- (1) KV-spezifische GOP bis 40855 sind Segmenten entsprechender bundeseinheitlicher GOP's zugeordnet.

*Segmentdefinition „KV-spezifische Gebührenordnungspositionen“: GOP > 40855 ohne codierte Zusatznummern.  
GOP > 40855, die KV-seitig nicht als „KV-spezifisch“ gekennzeichnet sind, wurden dem Segment „sonstige GOP des EBM“ zugeordnet.*

- (2) Die im Jahre 2008 eingeführten Zusatzpauschalen Onkologie wurden bei Chirurgen, Frauenärzten, HNO-Ärzten, Hautärzten und Urologen dem Leistungssegment „Diagnostische und therapeutische“ GOP und bei Fachinternisten dem Leistungssegment „Schwerpunktorientierte internistische Versorgung und Definitionsauftrag“ zugeordnet.





ANHANG: Definitionen – Leistungssegmentierung

Definition der Leistungssegmentierung für Hausärzte\* (Tab. 5.01, 5.09)

Leistungssegment EBM 2008	GOP gemäß EBM 2008	GOP gemäß EBM 2007
Versichertenpauschale und deren Teilleistungen gemäß Anhang 1, Konsultationspauschale, telefonische Patientenberatung, schmerztherapeutische Grundpauschale und Beratung/Erörterung/Abklärung	01420, 01422, 01424, 01440, 01510-01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01600, 01601, 01602, 01605, 01610, 01612, 02100, 02101, 02110-02112, 02120, 02200, 02320-02323, 02330, 02331, 02340-02343, 02350, 02360, 02400, 02401,  03110-03112, 03120-03122, 03130, 01435, 01436, 30700, 30708	01420, 01422, 01424, 01440, 01510-01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01600, 01601, 01602, 01605, 01610, 01612, 02100, 02101, 02110-02112, 02120, 02200, 02320-02323, 02330, 02331, 02340-02343, 02350, 02360, 02400, 02401,  03000, 03005, 03110-03112, 03115, 03120, 03311-03313, 03320, 03340, 03350-03352, 32000, 80110-80112
Chronikerzuschlag	03212	03001, 03002, 03210, 03211
Qualitätszuschlag Psychosomatik	03235	35100, 35110
Besonders förderungswürdige Einzelleistungen und Leistungskomplexe	03240-03242, 03321, 03322, 03324, 03330-03332, 03335	03341, 03323, 03314, 03321, 03322, 03324, 03330-03332, 03333
Besondere Inanspruchnahme, Notfalleistungen, Besuche, Visiten, Verwaltungskomplex	01100-01102, 01210, 01211, 01214-01222, 01410-01416, 01430	01100-01102, 01210, 01215-01218, 01220-01222, 01410-01414, 01416, 01430
Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch	01707, 01711-01723, 01730-01732, 01734, 01735, 01740, 01745, 01746, 01758, 01816-01818, 01820-01822, 01828, 01840, 01842, 01843, 01915, 01917, 01918	01707, 01710, 01711-01722, 01730-01732, 01734, 01740, 01758, 01820-01822, 01828
Übrige arztgruppenübergreifende allgemeine GOP	01310-01312, 01611, 01620-01623, 01950-01952, 02300-02302, 02310-02313, 02500, 02501, 02510-02512, 02520	01310-01312, 01611, 01620-01623, 01950-01952, 02300-02302, 02310-02313, 02500, 02501, 02510-02512, 02520
Spezielle Versorgungsbereiche	30110-30130, 30200, 30201, 30300, 30301, 30400-30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30430, 30500, 30501, 30600-30611, 30702-30706, 30710-30791, 30800, 30900	30110-30130, 30200, 30201, 30300, 30301, 30400-30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30430, 30500, 30501, 30600-30611, 30700-30791, 30800, 30900
Ambulante Operationen, Anästhesien, präoperative, postoperative und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen	31010-31013, 31600, 31912	31010-31013, 31600, 31912
Laborleistungen	12225, 32001, 32025-32027, 32030-32153	12225, 32001, 32030-32153
Ultraschalldiagnostik	33000-33092	33000-33092
Psychotherapie	35111-35113, 35120, 35130, 35131, 35140-35142, 35150, 35200-35203, 35210, 35211, 35220-35225, 35300-35302	35111-35113, 35120, 35130, 35131, 35140-35142, 35150, 35200-35203, 35210, 35211, 35220-35225, 35300-35302
Belegärztliche Leistungen gem. Kap. 36	36861, 36867	36861, 36867
Kostenpauschalen	40100-40855	40100-40855
Sonstige GOP des EBM	- Restmenge -	- Restmenge -
KV-spezifische GOP	- nur regional gültig -	- nur regional gültig -

\*ohne Kinderärzte



## ANHANG: Definitionen – Leistungssegmentierung

## Definition der Leistungssegmentierung für Anästhesisten (Tab. 5.02)

Leistungssegment EBM 2008	GOP gemäß EBM 2008	GOP gemäß EBM 2007
Grundpauschale und deren Teilleistungen gemäß Anhang 1, Konsultationspauschale, telefonische Patientenberatung, schmerz-therapeutische Grundpauschale und Beratung/Erörterung/Abklärung	01600, 01601, 01605, 05210-05212, 01435, 01436, 30700, 30708	01600, 01601, 01605, 05210-05212, 05215, 05220, 32000, 80110-80112
Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen sowie Anästhesien und Analgesien im Zusammenhang mit Geburtshilfe	05230-05372	05230-05372
Kleinchirurgie	02300-02360	02300-02360
Besondere Inanspruchnahme, Notfalleleistungen, Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verwaltungskomplex, Verweilen, praxisklinische Betreuung und Nachsorge	01100-01102, 01210, 01211, 01214-01222, 01410-01416, 01420, 01430, 01510-01512	01100-01102, 01210, 01215-01218, 01220-01222, 01410-01414, 01416, 01420, 01430, 01510-01512
Übrige arztgruppenübergreifende allgemeine GOP	01310-01312, 01602, 01610-01612, 01620-01623, 01701-01913, 01950-01952, 02100, 02101, 02110-02112, 02120, 02200, 02510-02512	01310-01312, 01602, 01610-01612, 01620-01623, 01701-01913, 01950-01952, 02100, 02101, 02110-02112, 02120, 02200, 02510-02512
Schmerztherapie	30702-30706, 30710-30791	30700-30791
Spezielle Versorgungsbereiche	30110-30130, 30200, 30201, 30300, 30301, 30400-30421, 30500, 30501, 30610, 30611, 30800	30110-30130, 30200, 30201, 30300, 30301, 30400-30421, 30500, 30501, 30610, 30611, 30800
Ambulante Operationen, Anästhesien, postoperative und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen	31101-31362, 31501-31507, 31601-31735, 31800-31831, 31900-31946	31101-31362, 31501-31507, 31601-31735, 31800-31831, 31900-31946
Belegärztliche Leistungen gem. Kap. 36	36101-36358, 36501-36507, 36800-36831, 36861, 36867, 36884	36101-36358, 36501-36507, 36800-36831, 36861, 36867, 36884
Kostenpauschalen	40100-40855	40100-40855
Sonstige GOP des EBM	- Restmenge -	- Restmenge -
KV-spezifische GOP	- nur regional gültig -	- nur regional gültig -



## Definition der Leistungssegmentierung für Augenärzte (Tab. 5.03)

Leistungssegment EBM 2008	GOP gemäß EBM 2008	GOP gemäß EBM 2007
Grundpauschale und deren Teilleistungen gemäß Anhang 1, Konsultationspauschale, telefonische Patientenberatung, schmerz-therapeutische Grundpauschale und Beratung/Erörterung/Abklärung	01600, 01601, 01605, 06210-06212, 01435, 01436, 30700, 30708	01600, 01601, 01605, 06210-06212, 06215, 06220, 32000, 80110-80112
Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	06310, 06312, 06320, 06321, 06330-06333, 06340-06343	06310, 06312, 06320, 06321, 06330-06333, 06340-06343
Kleinchirurgie	02300-02360, 06350-06352	02300-02360, 06350-06352
Besondere Inanspruchnahme, Notfalleleistungen, Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verwaltungskomplex, Verweilen, praxisklinische Betreuung und Nachsorge	01100-01102, 01210, 01211, 01214-01222, 01410-01416, 01420, 01430, 01440, 01510-01512	01100-01102, 01210, 01215-01218, 01220-01222, 01410-01414, 01416, 01420, 01430, 01440, 01510-01512
Übrige arztgruppenübergreifende allgemeine GOP	01310-01312, 01602, 01610-01612, 01620-01623, 01701, 01783, 01800-01813, 01950, 02100, 02101, 02110-02112, 02120, 02200, 02510-02512	01310-01312, 01602, 01610-01612, 01620-01623, 01701, 01783, 01800-01813, 01950, 02100, 02101, 02110-02112, 02120, 02200, 02510-02512
Spezielle Versorgungsbereiche	30110-30130, 30200, 30201, 30300, 30301, 30400-30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30702-30706, 30710-30760, 30800	30110-30130, 30200, 30201, 30300, 30301, 30400-30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30700-30760, 30800
Ambulante Operationen, Anästhesien, postoperative und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen	31101-31362, 31501-31507, 31601-31735, 31800-31831, 31900-31946	31101-31362, 31501-31507, 31601-31735, 31800-31831, 31900-31946
Belegärztliche Leistungen gem. Kap. 36	36101-36358, 36501-36507, 36800-36831, 36861, 36867, 36884	36101-36358, 36501-36507, 36800-36831, 36861, 36867, 36884
Kostenpauschalen	40100-40855	40100-40855
Sonstige GOP des EBM	- Restmenge -	- Restmenge -
KV-spezifische GOP	- nur regional gültig -	- nur regional gültig -

## Definition der Leistungssegmentierung für Chirurgen (Tab. 5.04)

Leistungssegment EBM 2008	GOP gemäß EBM 2008	GOP gemäß EBM 2007
Grundpauschale und deren Teilleistungen gemäß Anhang 1, Konsultationspauschale, telefonische Patientenberatung, schmerz-therapeutische Grundpauschale und Beratung/Erörterung/Abklärung	01600, 01601, 01605, 07210-07212, 01435, 01436, 30700, 30708	01600, 01601, 01605, 07210-07212, 07215, 07220, 32000, 80110-80112
Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen (incl. Zusatzp. Onkologie)	07310-07340, 07345	07310-07340
Kleinchirurgie	02300-02360	02300-02360
Besondere Inanspruchnahme, Notfalleleistungen, Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verwaltungskomplex, Verweilen, praxisklinische Betreuung und Nachsorge	01100-01102, 01210, 01211, 01214-01222, 01410-01416, 01420, 01422, 01424, 01430, 01440, 01510-01512, 01520, 01521, 01530, 01531	01100-01102, 01210, 01215-01218, 01220-01222, 01410-01414, 01416, 01420, 01422, 01424, 01430, 01440, 01510-01512, 01520, 01521, 01530, 01531
Übrige arztgruppenübergreifende allgemeine GOP	01310-01312, 01602, 01610-01612, 01620-01623, 01701-01905, 01950-01952, 02100, 02101, 02110-02112, 02120, 02200, 02400, 02401, 02500, 02510-02512	01310-01312, 01602, 01610-01612, 01620-01623, 01701-01905, 01950-01952, 02100, 02101, 02110-02112, 02120, 02200, 02400, 02401, 02500, 02510-02512
Spezielle Versorgungsbereiche	30110-30130, 30200, 30201, 30300, 30301, 30400-30421, 30500, 30501, 30600-30611, 30702-30706, 30710-30791, 30800	30110-30130, 30200, 30201, 30300, 30301, 30400-30421, 30500, 30501, 30600-30611, 30700-30791, 30800
Ambulante Operationen, Anästhesien, postoperative Leistungen	31101-31362, 31501-31507, 31601-31735, 31800-31831	31101-31362, 31501-31507, 31601-31735, 31800-31831
Orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen	31900-31946	31900-31946
Diagnostische Radiologie und CT	34210-34360	34210-34360
Belegärztliche Leistungen gem. Kap. 36	36101-36358, 36501-36507, 36800-36831, 36861, 36867, 36884	36101-36358, 36501-36507, 36800-36831, 36861, 36867, 36884
Kostenpauschalen	40100-40855	40100-40855
Sonstige GOP des EBM	- Restmenge -	- Restmenge -
KV-spezifische GOP	- nur regional gültig -	- nur regional gültig -

## Definition der Leistungssegmentierung für Gynäkologen (Tab. 5.05)

Leistungssegment EBM 2008	GOP gemäß EBM 2008	GOP gemäß EBM 2007
Grundpauschale und deren Teilleistungen gemäß Anhang 1, Konsultationspauschale, telefonische Patientenberatung, schmerz-therapeutische Grundpauschale und Beratung/Erörterung/Abklärung	01600, 01601, 01605, 08210-08212, 08230, 08231, 01435, 01436, 30700, 30708	01600, 01601, 01605, 08210-08212, 08215, 08220, 32000, 80110-80112
Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen, Geburtshilfe, Reproduktionsmedizin (incl. Zusatzp. Onkologie)	08310-08341, 08345, 08410-08574	08310-08574
Kleinchirurgie	02300-02360	02300-02360
Besondere Inanspruchnahme, Notfalleleistungen, Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verwaltungskomplex, Verweilen, praxisklinische Betreuung und Nachsorge	01100-01102, 01210, 01211, 01214-01222, 01410-01416, 01420, 01422, 01424, 01430, 01440, 01510-01512	01100-01102, 01210, 01215-01218, 01220-01222, 01410-01414, 01416, 01420, 01422, 01424, 01430, 01440, 01510-01512
Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch	01701-01734, 01735, 01740-01815, 01816-01818; 01820-01839, 01840, 01842, 01843, 01850-01913, 01915, 01917, 01918	01701-01913
Übrige arztgruppenübergreifende allgemeine GOP	01310-01312, 01602, 01610-01612, 01620-01623, 01950-01952, 02100, 02101, 02110-02112, 02120, 02200, 02510-02512	01310-01312, 01602, 01610-01612, 01620-01623, 01950-01952, 02100, 02101, 02110-02112, 02120, 02200, 02510-02512
Spezielle Versorgungsbereiche	30110-30130, 30200, 30201, 30300, 30301, 30400-30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30500, 30501, 30610, 30611, 30702-30706, 30710-30760, 30800	30110-30130, 30200, 30201, 30300, 30301, 30400-30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30500, 30501, 30610, 30611, 30700-30760, 30800
Ambulante Operationen, Anästhesien, postoperative und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen	05360, 05361, 05372, 31101-31362, 31501-31507, 31601-31735, 31800-31831, 31900-31946	05360, 05361, 05372, 31101-31362, 31501-31507, 31601-31735, 31800-31831, 31900-31946
Laborleistungen	12210, 12225, 32001, 32025-32027, 32030-32153, 32155-32863	12210, 12225, 32001, 32030-32153, 32155-32861
Ultraschalldiagnostik	33000-33092	33000-33092
Psychotherapie und Tests	35100-35302	35100-35302
Belegärztliche Leistungen gem. Kap. 36	36101-36358, 36501-36507, 36800-36831, 36861, 36867, 36884	36101-36358, 36501-36507, 36800-36831, 36861, 36867, 36884
Kostenpauschalen	40100-40855	40100-40855
Sonstige GOP des EBM	- Restmenge -	- Restmenge -
KV-spezifische GOP	- nur regional gültig -	- nur regional gültig -

## ANHANG: Definitionen – Leistungssegmentierung

## Definition der Leistungssegmentierung für HNO-Ärzte (Tab. 5.06)

Leistungssegment EBM 2008	GOP gemäß EBM 2008	GOP gemäß EBM 2007
Grundpauschale und deren Teilleistungen gemäß Anhang 1, Konsultationspauschale, telefonische Patientenberatung, schmerz-therapeutische Grundpauschale und Beratung/Erörterung/Abklärung	01600, 01601, 01605, 09210-09212, 01435, 01436, 30700, 30708	01600, 01601, 01605, 09210-09212, 09215, 09220, 32000, 80110-80112
Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen (incl. Zusatzp. Onkologie)	09310-09340, 09345, 09350, 09351	09310-09351
Kleinchirurgie	02300-02360, 09360-09362	02300-02360, 09360-09362
Besondere Inanspruchnahme, Notfalleleistungen, Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verwaltungskomplex, Verweilen, praxisklinische Betreuung und Nachsorge	01100-01102, 01210, 01211, 01214-01222, 01410-01416, 01420, 01430, 01440, 01510-01512	01100-01102, 01210, 01215-01218, 01220-01222, 01410-01414, 01416, 01420, 01430, 01440, 01510-01512
Übrige arztgruppenübergreifende allgemeine GOP	01310-01312, 01602, 01610-01612, 01620-01623, 01701, 01783, 01800-01813, 01950-01952, 02100, 02101, 02110-02112, 02120, 02200, 02500, 02510-02512	01310-01312, 01602, 01610-01612, 01620-01623, 01701, 01783, 01800-01813, 01950-01952, 02100, 02101, 02110-02112, 02120, 02200, 02500, 02510-02512
Allergologie	30110-30130	30110-30130
Übrige spezielle Versorgungsbereiche	30200, 30201, 30300, 30301, 30400-30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30702-30706, 30710-30760, 30800, 30900, 30901	30200, 30201, 30300, 30301, 30400-30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30700-30760, 30800, 30900, 30901
Ambulante Operationen, Anästhesien, postoperative und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen	31101-31362, 31501-31507, 31601-31735, 31800-31831, 31900-31946	31101-31362, 31501-31507, 31601-31735, 31800-31831, 31900-31946
Belegärztliche Leistungen gem. Kap. 36	36101-36358, 36501-36507, 36800-36831, 36861, 36867, 36884	36101-36358, 36501-36507, 36800-36831, 36861, 36867, 36884
Kostenpauschalen	40100-40855	40100-40855
Sonstige GOP des EBM	- Restmenge -	- Restmenge -
KV-spezifische GOP	- nur regional gültig -	- nur regional gültig -



## Definition der Leistungssegmentierung für Hautärzte (Tab. 5.07)

Leistungssegment EBM 2008	GOP gemäß EBM 2008	GOP gemäß EBM 2007
Grundpauschale und deren Teilleistungen gemäß Anhang 1, Konsultationspauschale, telefonische Patientenberatung, schmerz-therapeutische Grundpauschale und Beratung/Erörterung/Abklärung	01600, 01601, 01605, 10210-10212, 01435, 01436, 30700, 30708	01600, 01601, 01605, 10210-10212, 10215, 10220, 32000, 80110-80112
Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen (incl. Zusatzp. Onkologie)	10310-10330, 10343, 10344, 10345	10310-10330
Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch	01745, 01746	
Kleinchirurgie	02300-02360, 10340-10342	02300-02360, 10340-10342
Besondere Inanspruchnahme, Notfalleleistungen, Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verwaltungskomplex, Verweilen, praxisklinische Betreuung und Nachsorge	01100-01102, 01210, 01211, 01214-01222, 01410-01416, 01420, 01430, 01440, 01510-01512	01100-01102, 01210, 01215-01218, 01220-01222, 01410-01414, 01416, 01420, 01430, 01440, 01510-01512
Übrige arztgruppenübergreifende allgemeine GOP	01310-01312, 01602, 01610-01612, 01620-01623, 01701, 01731, 01734, 01740, 01950-01952, 02100, 02101, 02110-02112, 02120, 02200, 02500, 02510-02512	01310-01312, 01602, 01610-01612, 01620-01623, 01701, 01731, 01734, 01740, 01950-01952, 02100, 02101, 02110-02112, 02120, 02200, 02500, 02510-02512
Allergologie	30110-30130	30110-30130
Physikalische Therapie	30400-30431	30400-30431
Übrige spezielle Versorgungsbereiche	30200, 30201, 30300, 30301, 30500, 30501, 30600-30611, 30702-30706, 30710-30760, 30800	30200, 30201, 30300, 30301, 30500, 30501, 30600-30611, 30700-30760, 30800
Ambulante Operationen, Anästhesien, postoperative und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen	31101-31362, 31501-31507, 31601-31735, 31800-31831, 31900-31946	31101-31362, 31501-31507, 31601-31735, 31800-31831, 31900-31946
Laborleistungen	12210, 12225, 32001, 32025-32027, 32030-32153, 32155-32863	12210, 12225, 32001, 32030-32153, 32155-32861
Belegärztliche Leistungen gem. Kap. 36	36101-36358, 36501-36507, 36800-36831, 36861, 36867, 36884	36101-36358, 36501-36507, 36800-36831, 36861, 36867, 36884
Kostenpauschalen	40100-40855	40100-40855
Sonstige GOP des EBM	- Restmenge -	- Restmenge -

## ANHANG: Definitionen – Leistungssegmentierung

## Definition der Leistungssegmentierung für fachärztlich tätige Internisten (Tab. 5.08)

Leistungssegment EBM 2008	GOP gemäß EBM 2008	GOP gemäß EBM 2007
Grundpauschale und deren Teilleistungen gemäß Anhang 1, Konsultationspauschale, telefonische Patientenberatung, schmerz-therapeutische Grundpauschale und Beratung/Erörterung/Abklärung	01600, 01601, 01605, 13210-13212, 13290-13292, 13340-13342, 13390-13392, 13490-13492, 13540-13542, 13590-13592, 13640-13642, 13690-13692, 01435, 01436, 30700, 30708	01600, 01601, 01605, 13210-13212, 13215, 13220, 32000, 80110-80112
Fachinternistische Behandlung	13250	13250
Schwerpunktorientierte internistische Versorgung und Definitionsauftrag (incl. Zusatzp. Onkologie)	13251-13260, 13300-13311, 13350, 13400-13431, 13435, 13500-13502, 13545-13561, 13600-13621, 13650-13670, 13675, 13700, 13701	13251-13260, 13300-13311, 13350, 13400-13431, 13500-13502, 13550-13561, 13600-13621, 13650-13670, 13700, 13701
Kleinchirurgie	02300-02360	02300-02360
Besondere Inanspruchnahme, Notfalleistungen, Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verwaltungskomplex, Verweilen, praxisklinische Betreuung und Nachsorge	01100-01102, 01210, 01211, 01214-01222, 01410-01416, 01420, 01422, 01424, 01430, 01440, 01510-01512, 01520, 01521, 01530, 01531	01100-01102, 01210, 01215-01218, 01220-01222, 01410-01414, 01416, 01420, 01422, 01424, 01430, 01440, 01510-01512, 01520, 01521, 01530, 01531
Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch	01701-01820	01701-01820
Übrige arztgruppenübergreifende allgemeine GOP	01310-01312, 01602, 01610-01612, 01620-01623, 01950-01952, 02100, 02101, 02110-02112, 02120, 02200, 02400, 02401, 02500, 02501, 02510-02512	01310-01312, 01602, 01610-01612, 01620-01623, 01950-01952, 02100, 02101, 02110-02112, 02120, 02200, 02400, 02401, 02500, 02501, 02510-02512
Spezielle Versorgungsbereiche	30110-30130, 30200, 30201, 30300, 30301, 30400-30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30500, 30501, 30600-30611, 30702-30706, 30710-30791, 30800, 30900, 30901	30110-30130, 30200, 30201, 30300, 30301, 30400-30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30500, 30501, 30600-30611, 30700-30791, 30800, 30900, 30901
Ambulante Operationen, Anästhesien, postoperative und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen	31101-31362, 31501-31507, 31601-31735, 31800-31831, 31900-31946	31101-31362, 31501-31507, 31601-31735, 31800-31831, 31900-31946
Laborleistungen	12210, 12225, 32001, 32025-32027, 32030-32153, 32155-32863	12210, 12225, 32001, 32030-32153, 32155-32861
Ultraschalldiagnostik	33000-33092	33000-33092
Belegärztliche Leistungen gem. Kap. 36	36101-36358, 36501-36507, 36800-36831, 36861-36884	36101-36358, 36501-36507, 36800-36831, 36861-36884
Kostenpauschalen	40100-40855	40100-40855
Sonstige GOP des EBM	- Restmenge -	- Restmenge -
KV-spezifische GOP	- nur regional gültig -	- nur regional gültig -





ANHANG: **Definitionen – Leistungssegmentierung**

**Definition der Leistungssegmentierung für Kinderärzte (Tab. 5.10)**

Leistungssegment EBM 2008	GOP gemäß EBM 2008	GOP gemäß EBM 2007
Versichertenpauschale und deren Teilleistungen gemäß Anhang 1, Konsultationspauschale, telefonische Patientenberatung, schmerztherapeutische Grundpauschale und Beratung/Erörterung/Abklärung	01420, 01422, 01424, 01440, 01510-01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01600, 01601, 01602, 01605, 01610, 01612, 02100, 02101, 02110-02112, 02120, 02200, 02320-02323, 02330, 02331, 02340-02343, 02350, 02360, 02400, 02401,  04110-04112, 04120-04122, 04130, 01435, 01436, 30700, 30708	01420, 01422, 01424, 01440, 01510-01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01600, 01601, 01602, 01605, 01610, 01612, 02100, 02101, 02110-02112, 02120, 02200, 02320-02323, 02330, 02331, 02340-02343, 02350, 02360, 02400, 02401,  04000, 04005, 04110-04112, 04115, 04120, 04311-04313, 04320, 04333, 04340, 04350, 04351, 04352, 04353, 04354, 32000, 80110-80112
Chronikerzuschlag bzw. Koordination der neuropädiatrischen Betreuung	04212, 04433	04001, 04002, 04210, 04211
Qualitätszuschlag Psychosomatik bzw. Leistungen bei psychosomatischen Krankheitszuständen anstelle des Qualitätszuschlags bei Behandlung durch Pädiater mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung	04235, 35100, 35110	35100, 35110
Besonders förderungswürdige Einzelleistungen und Leistungskomplexe, ohne Prokto-/ Rektoskopie	04241, 04242, 04243, 04321, 04322, 04324, 04330, 04335	04321, 04322, 04323, 04324, 04330, 04332, 04360, 04361
Leistungen der schwerpunktorientierten Pädiatrie	04410, 04418, 04419, 04420, 04430, 04431, 04434, 04435, 04436, 04437, 04441, 04442, 04443	13500, 13501, 13502, 13550, 13552, 13560, 13561, 16310, 16311, 16321, 16322
Pädiatrische Leistungen mit Zusatzweiterbildung inkl. Prokto-/ Rektoskopie	04331, 04332, 04511, 04512, 04513, 04514, 04515, 04516, 04517, 04518, 04521, 04530, 04532, 04534, 04535, 04536, 04550, 04551, 04560, 04561, 04562, 04564, 04565, 04566, 04572, 04573, 04580	04331, 04334, 04341, 13350, 13400, 13401, 13402, 13412, 13420, 13421, 13422, 13423, 13600, 13601, 13602, 13610, 13611, 13612, 13620, 13621, 13650, 13651, 13660, 13661, 13700, 13701
Besondere Inanspruchnahme, Notfalleistungen, Besuche, Visiten, Verwaltungskomplex	01100-01102, 01210, 01211, 01214-01222, 01410-01416, 01430	01100-01102, 01210, 01215-01218, 01220-01222, 01410-01414, 01416, 01430
Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch	01707, 01711-1723, 01816-01818, 01820-01822, 01828, 01840, 01842, 01843, 01915, 01917, 01918	01707, 01710, 01711-01722, 01820-01822, 01828
Übrige arztgruppenübergreifende allgemeine GOP	01310-01312, 01611, 01620-01623, 01950-01952, 02300-02302, 02310-02313, 02500, 02501, 02510-02512, 02520	01310-01312, 01611, 01620-01623, 01950-01952, 02300-02302, 02310-02313, 02500, 02501, 02510-02512, 02520
Spezielle Versorgungsbereiche	30110-30130, 30200, 30201, 30300, 30301, 30400-30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30430, 30500, 30501, 30610, 30611, 30702-30706, 30710-30791, 30800, 30900, 30901	30110-30130, 30200, 30201, 30300, 30301, 30400-30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30430, 30500, 30501, 30610, 30611, 30700-30791, 30800, 30900, 30901
Ambulante Operationen, Anästhesien, präoperative, postoperative und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen	31010-31013, 31101-31362, 31501-31507, 31600-31735, 31800-31831, 31900-31946	31010-31013, 31101-31362, 31501-31507, 31600-31735, 31800-31831, 31900-31946
Laborleistungen	12225, 32001, 32025-32027, 32030-32153	12225, 32001, 32030-32153, 32155-32861
Ultraschalldiagnostik	33000-33092	33000-33092
Psychotherapie und Tests	35111-35113, 35120, 35130, 35131, 35140-35142, 35150, 35200-35302	35111-35113, 35120, 35130, 35131, 35140-35142, 35150, 35200-35302
Belegärztliche Leistungen gem. Kap. 36	36101-36358, 36501-36507, 36800-36831, 36861-36884	36101-36358, 36501-36507, 36800-36831, 36861-36884
Kostenpauschalen	40100-40855	40100-40855
Sonstige GOP des EBM	- Restmenge -	- Restmenge -
KV-spezifische GOP	- nur regional gültig -	- nur regional gültig -



## ANHANG: Definitionen – Leistungssegmentierung

## Definition der Leistungssegmentierung für Nervenärzte (Tab. 5.11)

Leistungssegment EBM 2008	GOP gemäß EBM 2008	GOP gemäß EBM 2007
Grundpauschale und deren Teilleistungen gemäß Anhang 1, Konsultationspauschale, telefonische Patientenberatung, schmerz-therapeutische Grundpauschale und Beratung/Erörterung/Abklärung	01600, 01601, 01605, 16210-16212, 21210-21212, 21220, 21222, 01435, 01436, 30700, 30708	01600, 01601, 01605, 16210-16212, 16215, 16220, 21210-21212, 21215, 21220, 32000, 80110-80112
Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen, Fremdanamnese, supportive psychiatrische Behandlung	16230-16371, 21216, 21217, 21221, 21230-21340	16230-16371, 21216, 21217, 21221, 21230-21340
Kleinchirurgie	02300-02360	02300-02360
Besondere Inanspruchnahme, Notfalleleistungen, Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verwaltungskomplex, Verweilen, praxisklinische Betreuung und Nachsorge	01100-01102, 01210, 01211, 01214-01222, 01410-01416, 01420, 01422, 01424, 01430, 01440, 01510-01512	01100-01102, 01210, 01215-01218, 01220-01222, 01410-01414, 01416, 01420, 01422, 01424, 01430, 01440, 01510-01512
Übrige arztgruppenübergreifende allgemeine GOP	01310-01312, 01602, 01610-01612, 01620-01623, 01783, 01800-01813, 01950-01952, 02100, 02101, 02110-02112, 02120, 02200, 02500, 02510-02512	01310-01312, 01602, 01610-01612, 01620-01623, 01783, 01800-01813, 01950-01952, 02100, 02101, 02110-02112, 02120, 02200, 02500, 02510-02512
Spezielle Versorgungsbereiche	30110-30130, 30200, 30201, 30300, 30301, 30400-30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30610, 30611, 30702-30706, 30710-30791, 30800-30811, 30900, 30901	30110-30130, 30200, 30201, 30300, 30301, 30400-30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30610, 30611, 30700-30791, 30800-30811, 30900, 30901
Ambulante Operationen, Anästhesien, postoperative und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen	31101-31362, 31501-31507, 31601-31735, 31800-31831, 31900-31946	31101-31362, 31501-31507, 31601-31735, 31800-31831, 31900-31946
Psychotherapie und Tests	35100-35302	35100-35302
Belegärztliche Leistungen gem. Kap. 36	36101-36358, 36501-36507, 36800-36831, 36861, 36867, 36884	36101-36358, 36501-36507, 36800-36831, 36861, 36867, 36884
Kostenpauschalen	40100-40855	40100-40855
Sonstige GOP des EBM	- Restmenge -	- Restmenge -
KV-spezifische GOP	- nur regional gültig -	- nur regional gültig -



## ANHANG: Definitionen – Leistungssegmentierung

## Definition der Leistungssegmentierung für Orthopäden (Tab. 5.12)

Leistungssegment EBM 2008	GOP gemäß EBM 2008	GOP gemäß EBM 2007
Grundpauschale und deren Teilleistungen gemäß Anhang 1, Konsultationspauschale, telefonische Patientenberatung, schmerz-therapeutische Grundpauschale und Beratung/Erörterung/Abklärung	01600, 01601, 01605, 18210-18212, 01435, 01436, 30700, 30708	01600, 01601, 01605, 18210-18212, 18215, 18220, 32000, 80110-80112
Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	18310-18700	18310-18700
Kleinchirurgie	02300-02360	02300-02360
Besondere Inanspruchnahme, Notfalleleistungen, Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verwaltungskomplex, Verweilen, praxisklinische Betreuung und Nachsorge	01100-01102, 01210, 01211, 01214-01222, 01410-01416, 01420, 01422, 01424, 01430, 01440, 01510-01512	01100-01102, 01210, 01215-01218, 01220-01222, 01410-01414, 01416, 01420, 01422, 01424, 01430, 01440, 01510-01512
Übrige arztgruppenübergreifende allgemeine GOP	01310-01312, 01602, 01610-01612, 01620-01623, 01722, 01783, 01800-01813, 01950-01952, 02100, 02101, 02110-02112, 02120, 02200, 02510-02512	01310-01312, 01602, 01610-01612, 01620-01623, 01722, 01783, 01800-01813, 01950-01952, 02100, 02101, 02110-02112, 02120, 02200, 02510-02512
Chirotherapie, Physikalische Therapie, Schmerztherapie	30200, 30201, 30400-30421, 30702-30706, 30710-30791	30200, 30201, 30400-30421, 30700-30791
Übrige spezielle Versorgungsbereiche	30110-30130, 30300, 30301, 30800	30110-30130, 30300, 30301, 30800
Ambulante Operationen, Anästhesien, postoperative und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen	31101-31362, 31501-31507, 31601-31735, 31800-31831, 31900-31946	31101-31362, 31501-31507, 31601-31735, 31800-31831, 31900-31946
Diagnostische Radiologie und CT	34210-34360	34210-34360
Belegärztliche Leistungen gem. Kap. 36	36101-36358, 36501-36507, 36800-36831, 36861, 36867, 36884	36101-36358, 36501-36507, 36800-36831, 36861, 36867, 36884
Kostenpauschalen	40100-40855	40100-40855
Sonstige GOP des EBM	- Restmenge -	- Restmenge -
KV-spezifische GOP	- nur regional gültig -	- nur regional gültig -



## Definition der Leistungssegmentierung für Radiologen (Tab. 5.13)

Leistungssegment EBM 2008	GOP gemäß EBM 2008	GOP gemäß EBM 2007
Konsiliarpauschale	24210-24212	24210-24212, 32000, 80110-80112
Kleinchirurgie	02300-02360	02300-02360
Notfalleleistungen, Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, praxisklinische Betreuung und Nachsorge	01210, 01211, 01214-01222, 01414, 01416, 01422, 01424, 01430, 01435, 01520, 01521, 01530, 01531	01210, 01215-01218, 01220-01222, 01414, 01416, 01422, 01424, 01430, 01520, 01521, 01530, 01531
Übrige arztgruppenübergreifende allgemeine GOP	01610, 01611, 01620, 01621, 01750-01759, 02100, 02101, 02200	01610, 01611, 01620, 01621, 01750-01759, 02100, 02101, 02200
Ambulante Operationen, Anästhesien, postoperative und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen	31101-31362, 31501-31507, 31601-31735, 31800-31831, 31900-31946	31101-31362, 31501-31507, 31601-31735, 31800-31831, 31900-31946
Ultraschalldiagnostik	33000-33092	33000-33092
Diagnostische Radiologie	34210-34297	34210-34297
CT und MRT	34310-34492	34310-34492
Belegärztliche Leistungen gem. Kap. 36	36101-36358, 36501-36507, 36800-36831, 36861, 36867, 36884	36101-36358, 36501-36507, 36800-36831, 36861, 36867, 36884
Kostenpauschalen	40100-40855	40100-40855
Sonstige GOP des EBM	- Restmenge -	- Restmenge -
KV-spezifische GOP	- nur regional gültig -	- nur regional gültig -

## ANHANG: Definitionen – Leistungssegmentierung

## Definition der Leistungssegmentierung für Urologen (Tab. 5.14)

Leistungssegment EBM 2008	GOP gemäß EBM 2008	GOP gemäß EBM 2007
Grundpauschale und deren Teilleistungen gemäß Anhang 1, Konsultationspauschale, telefonische Patientenberatung, schmerz-therapeutische Grundpauschale und Beratung/Erörterung/Abklärung	01600, 01601, 01605, 26210-26212, 01435, 01436, 30700, 30708	01600, 01601, 01605, 26210-26212, 26215, 26220, 32000, 80110-80112
Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen (incl. Zusatzp. Onkologie)	26310-26313, 26315, 26320-26341	26310-26341
Kleinchirurgie	02300-02360, 26350-26352	02300-02360, 26350-26352
Besondere Inanspruchnahme, Notfalleleistungen, Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verwaltungskomplex, Verweilen, praxisklinische Betreuung und Nachsorge	01100-01102, 01210, 01211, 01214-01222, 01410-01416, 01420, 01422, 01424, 01430, 01440, 01510-01512	01100-01102, 01210, 01215-01218, 01220-01222, 01410-01414, 01416, 01420, 01422, 01424, 01430, 01440, 01510-01512
Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Empfängnisregelung	01701-01857	01701-01857
Übrige arztgruppenübergreifende allgemeine GOP	01310-01312, 01602, 01610-01612, 01620-01623, 01950-01952, 02100, 02101, 02110-02112, 02120, 02200, 02510-02512	01310-01312, 01602, 01610-01612, 01620-01623, 01950-01952, 02100, 02101, 02110-02112, 02120, 02200, 02510-02512
Spezielle Versorgungsbereiche	30110-30130, 30200, 30201, 30300, 30301, 30400-30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30500, 30501, 30600-30611, 30702-30706, 30710-30760, 30800	30110-30130, 30200, 30201, 30300, 30301, 30400-30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30500, 30501, 30600-30611, 30700-30760, 30800
Ambulante Operationen, Anästhesien, postoperative und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen	31101-31362, 31501-31507, 31601-31735, 31800-31831, 31900-31946	31101-31362, 31501-31507, 31601-31735, 31800-31831, 31900-31946
Laborleistungen	12225, 32001, 32025-32027, 32030-32153, 32155-32863	12225, 32001, 32030-32153, 32155-32861
Ultraschalldiagnostik	33000-33092	33000-33092
Belegärztliche Leistungen gem. Kap. 36	36101-36358, 36501-36507, 36800-36831, 36861, 36867, 36884	36101-36358, 36501-36507, 36800-36831, 36861, 36867, 36884
Kostenpauschalen	40100-40855	40100-40855
Sonstige GOP des EBM	- Restmenge -	- Restmenge -
KV-spezifische GOP	- nur regional gültig -	- nur regional gültig -



## **Anlage 6.2**

Tabellenband Komplettdatenanalyse:  
Auswertungen für weitere ausgewählte  
Fachgruppen mit Quartalsvergleich  
I–IV.2008 zu I–IV.2007  
(Version 1.0 mit Stand 19.05.2009)



WIdO

Institut des  
Bewertungsausschusses



---

Begleitstudie

zur Einführung des EBM 2008

Modul 2a Komplettabrechnungsdaten

# Leistungsbedarf nach Segmenten des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) in Brandenburg und Nordrhein

für weitere ausgewählte Fachgruppen

Quartalsvergleich I-IV/2008 zu I-IV/2007

Berlin, 19. Mai 2009 (Version: 1.0)

---

## **Institut des Bewertungsausschusses**

Wilhelmstr. 138, 10963 Berlin - Tel.: +49 30 814 5260-0, Fax: 49 30 8145260-19 - E-mail: Reschke@Institut-BA.de

## **Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)**

Rosenthaler Str. 31 - 10178 Berlin - Tel.: +49 30 34646-2393, Fax: +49 30 34646-2144 - E-mail: [wido@wido.bv.aok.de](mailto:wido@wido.bv.aok.de)

## **Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland**

Herbert-Lewin-Platz 3 - 10623 Berlin - Tel.: +49 30 / 4005-2410, Fax: +49- 30/39 49 37 39 - E-mail: zi@kbv.de

Im Folgenden wird der Leistungsbedarf weiterer Fachgebiete, über die 14 Fachgebiete hinaus, welche ursprünglich dafür vorgesehen waren, nach definierten Segmenten des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) dargestellt. Dabei wurden zwei bestehende Segmentdefinitionen (vgl. Definitionen im Anhang) für die Darstellung folgender sieben Fachgebiete verwendet:

Leistungssegmentierung	Zugrunde gelegt für:
fachärztliche Internisten	Innere Medizin, SP Gastroenterologie
	Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie
	Innere Medizin, SP Kardiologie
	Innere Medizin, SP Nephrologie
	Innere Medizin, SP Pneumologie
Nervenärzte	Neurologen
	Psychiater

Die Angaben zum Leistungsbedarf sind sachlich-rechnerisch richtig gestellt.

Angaben zum Leistungsbedarf in Euro wurden mit 5,11 Cent in Punkte umgerechnet für Gebührennummern, die im EBM in Euro kalkuliert sind.

Die mittlere Leistungshäufigkeit je 100 Fälle wurde bezogen auf alle Fälle der Fachgruppe ermittelt. Diese Angabe weicht ab von der mittleren Leistungshäufigkeit bezogen auf die tatsächliche Fallzahl, bei der die jeweilige GOP abgerechnet wurde. Diese kann hier nicht berichtet werden, da die Datenbasis nicht fallbezogen vorliegt.

Definierte Segmente, für die keine abgerechneten Leistungen gefunden wurden, sind in den Übersichten nicht enthalten. Insbesondere andere belegärztliche ambulante Operationen und Anästhesien sind zwar in den Segmentdefinitionen vorgesehen, jedoch von den meisten hier dargestellten Fachgruppen nicht abgerechnet worden.



**GASTROENTEROLOGEN\***  
**LEISTUNGSBEDARF IN PUNKTEN NACH EBM-ABSCHNITTEN**  
 in den Quartalen I-IV/2008 und im Vergleichszeitraum des Vorjahres

Leistungssegment	Leistungsbedarf				Veränderung I-IV/08 zu I-IV/07		Indikator „Fallpunktzahl“***		
	I-IV/2007		I-IV/2008		Leistungsbedarf		Verteilungsrechnung		
	Mio. Punkte	in %	Mio. Punkte	in %	Mio. Punkte	in %	I-IV/2007	I-IV/2008	VÄ. in %
Grund.-/Konsultat.-pausch. telef. Pat.-berat, schmerzth. Grundp., Ber./Er./Abkl.	134,42	18,3	168,16	20,6	33,73	25,1	404,91	500,08	23,5
Fachinternistische Behandlung	18,94	2,6	25,28	3,1	6,34	33,5	57,06	75,18	31,8
Schwerpunktorientierte internistische Versorgung und Definitionsauftrag	341,14	46,4	375,45	46,0	34,32	10,1	1.027,56	1.116,54	8,7
Kleinchirurgie	,49	,1	,53	,1	,04	7,5	1,49	1,58	6,1
Bes. Inanspruchnahme, Notfalleist., Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpf., Verwaltungskompl., Verweilen, praxiskl. Betreuung u. Nachsorge	8,48	1,2	8,74	1,1	,26	3,1	25,54	26,00	1,8
GU., Krebsvorsorge, Muvo., Empfängnisr. u. Schwangerschaftsabbruch	135,70	18,5	131,50	16,1	-4,20	-3,1	408,76	391,07	-4,3
Übrige arztgruppenübergreifende allgemeine GOP	4,39	,6	4,45	,5	,06	1,4	13,22	13,23	,1
Spezielle Versorgungsbereiche	10,95	1,5	13,35	1,6	2,39	21,9	32,99	39,69	20,3
Ambulante Op. n, Anästh., postop. u. orthop.-chir. konserv. Leistungen (inkl. belegärztl. Leistungen gemäß Kap. 36)	,00	,0	,00	,0	,00	139,7	,00	,01	136,6
Laborleistungen	17,89	2,4	17,05	2,1	-,85	-4,7	53,90	50,69	-5,9
Ultraschalldiagnostik	40,61	5,5	43,14	5,3	2,53	6,2	122,31	128,28	4,9
Kostenpauschalen	5,68	,8	6,13	,8	,45	7,8	17,12	18,23	6,5
Sonstige GOP des EBM	2,59	,4	3,96	,5	1,36	52,6	7,81	11,77	50,7
KV-spezifische GOP	13,98	1,9	17,98	2,2	4,00	28,6	42,12	53,48	27,0
<b>GESAMT</b>	<b>735,28</b>	<b>100,0</b>	<b>815,71</b>	<b>100,0</b>	<b>80,44</b>	<b>10,9</b>	<b>2.214,79</b>	<b>2.425,81</b>	<b>9,5</b>

\*85 Praxen in beiden Vergleichszeiträumen

\*\*Punktzahl des Leistungssegmentes dividiert durch die Fallzahl der Fachgruppe im Quartal



## HÄMATOLOGEN / ONKOLOGEN \*

### LEISTUNGSBEDARF IN PUNKTEN NACH EBM-ABSCHNITTEN

in den Quartalen I-IV/2008 und im Vergleichszeitraum des Vorjahres

Leistungssegment	Leistungsbedarf				Veränderung I-IV/08 zu I-IV/07		Indikator „Fallpunktzahl“***		
	I-IV/2007		I-IV/2008		Leistungsbedarf		Verteilungsrechnung		
	Mio. Punkte	in %	Mio. Punkte	in %	Mio. Punkte	in %	I-IV/2007	I-IV/2008	VÄ. in %
Grund.-./Konsultat.-pausch. telef. Pat.-berat, schmerzth. Grundp., Ber./Er./Abkl.	57,55	16,2	61,32	15,9	3,77	6,6	747,27	761,14	1,9
Fachinternistische Behandlung	1,82	,5	2,28	,6	,47	25,6	23,58	28,31	20,1
Schwerpunktorientierte internistische Versorgung und Definitionsauftrag	31,34	8,8	38,96	10,1	7,62	24,3	406,99	483,58	18,8
Kleinchirurgie	1,02	,3	1,02	,3	,00	-,3	13,29	12,66	-4,7
Bes. Inanspruchnahme, Notfalleist., Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpfl, Verwaltungskompl., Verweilen, praxiskl. Betreuung u. Nachsorge	87,55	24,7	97,93	25,3	10,38	11,9	1.136,90	1.215,51	6,9
GU., Krebsvorsorge, Muvo., Empfängnisr. u. Schwangerschaftsabbruch	,01	,0	,05	,0	,04	711,9	,08	,60	676,1
Übrige arztgruppenübergreifende allgemeine GOP	24,52	6,9	24,41	6,3	-,11	-,4	318,36	302,98	-4,8
Spezielle Versorgungsbereiche	,00	,0	,01	,0	,00	48,8	,05	,07	42,2
Ambulante Op. n, Anästh., postop. u. orthop.-chir. konserv. Leistungen (inkl. belegärztl. Leistungen gemäß Kap. 36)	,02	,0	,06	,0	,04	233,9	,24	,78	219,2
Laborleistungen	40,19	11,3	44,00	11,4	3,81	9,5	521,94	546,17	4,6
Ultraschalldiagnostik	9,96	2,8	10,83	2,8	,87	8,7	129,34	134,45	3,9
Kostenpauschalen	,96	,3	1,03	,3	,07	7,0	12,53	12,81	2,3
Sonstige GOP des EBM	98,03	27,6	102,27	26,5	4,23	4,3	1.273,04	1.269,39	-,3
KV-spezifische GOP	1,94	,5	2,32	,6	,39	19,9	25,13	28,81	14,6
<b>GESAMT</b>	<b>354,91</b>	<b>100,0</b>	<b>386,48</b>	<b>100,0</b>	<b>31,57</b>	<b>8,9</b>	<b>4.608,73</b>	<b>4.797,27</b>	<b>4,1</b>

\*25 Praxen in beiden Vergleichszeiträumen

\*\*Punktzahl des Leistungssegmentes dividiert durch die Fallzahl der Fachgruppe im Quartal



## KARDIOLOGEN\*

### LEISTUNGSBEDARF IN PUNKTEN NACH EBM-ABSCHNITTEN

in den Quartalen I-IV/2008 und im Vergleichszeitraum des Vorjahres

Leistungssegment	Leistungsbedarf				Veränderung I-IV/08 zu I-IV/07		Indikator „Fallpunktzahl“***		
	I-IV/2007		I-IV/2008		Leistungsbedarf		Verteilungsrechnung		
	Mio. Punkte	in %	Mio. Punkte	in %	Mio. Punkte	in %	I-IV/2007	I-IV/2008	VA. in %
Grund.-/Konsultat.-pausch. telef. Pat.-berat, schmerzth. Grundp., Ber./Er./Abkl.	174,60	25,3	209,94	23,0	35,33	20,2	460,39	538,20	16,9
Fachinternistische Behandlung	15,77	2,3	18,50	2,0	2,73	17,3	41,58	47,42	14,1
Schwerpunktorientierte internistische Versorgung und Definitionsauftrag	378,61	54,9	573,85	62,9	195,24	51,6	998,31	1.471,16	47,4
Kleinchirurgie	,07	,0	,04	,0	-,03	-36,7	,18	,11	-38,4
Bes. Inanspruchnahme, Notfalleist., Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpfl, Verwaltungskompl., Verweilen, praxiskl. Betreuung u. Nachsorge	10,12	1,5	11,72	1,3	1,61	15,9	26,68	30,06	12,7
GU., Krebsvorsorge, Muvo., Empfängnisr. u. Schwangerschaftsabbruch	2,87	,4	3,46	,4	,59	20,4	7,58	8,87	17,1
Übrige arztgruppenübergreifende allgemeine GOP	,66	,1	,63	,1	-,04	-5,3	1,75	1,61	-7,9
Spezielle Versorgungsbereiche	1,68	,2	1,70	,2	,03	1,6	4,43	4,37	-1,3
Ambulante Op. n, Anästh., postop. u. orthop.-chir. konserv. Leistungen (inkl. belegärztl. Leistungen gemäß Kap. 36)	,06	,0	,39	,0	,33	592,6	,15	,99	573,4
Laborleistungen	10,45	1,5	10,48	1,1	,02	,2	27,56	26,86	-2,6
Ultraschalldiagnostik	62,71	9,1	47,31	5,2	-15,39	-24,5	165,34	121,29	-26,6
Kostenpauschalen	10,24	1,5	10,20	1,1	-,04	-,4	27,01	26,16	-3,2
Sonstige GOP des EBM	13,26	1,9	13,58	1,5	,32	2,4	34,97	34,81	-,5
KV-spezifische GOP	8,06	1,2	10,81	1,2	2,76	34,2	21,24	27,72	30,5
<b>GESAMT</b>	<b>689,15</b>	<b>100,0</b>	<b>912,61</b>	<b>100,0</b>	<b>223,46</b>	<b>32,4</b>	<b>1.817,15</b>	<b>2.339,63</b>	<b>28,8</b>

\*84 Praxen in beiden Vergleichszeiträumen

\*\*Punktzahl des Leistungssegmentes dividiert durch die Fallzahl der Fachgruppe im Quartal

**NEPHROLOGEN\***  
**LEISTUNGSBEDARF IN PUNKTEN NACH EBM-ABSCHNITTEN**  
 in den Quartalen I-IV/2008 und im Vergleichszeitraum des Vorjahres

Leistungssegment	Leistungsbedarf				Veränderung I-IV/08 zu I-IV/07		Indikator „Fallpunktzahl“***		
	I-IV/2007		I-IV/2008		Leistungsbedarf		Verteilungsrechnung		
	Mio. Punkte	in %	Mio. Punkte	in %	Mio. Punkte	in %	I-IV/2007	I-IV/2008	VÄ. in %
Grund.-./Konsultat.-pausch. telef. Pat.-berat, schmerzth. Grundp., Ber./Er./Abkl.	46,73	3,5	52,63	3,8	5,89	12,6	546,84	584,88	7,0
Fachinternistische Behandlung	8,82	,7	10,83	,8	2,01	22,7	103,26	120,38	16,6
Schwerpunktorientierte internistische Versorgung und Definitionsauftrag	146,30	11,0	156,94	11,4	10,64	7,3	1.711,86	1.744,24	1,9
Kleinchirurgie	,42	,0	,56	,0	,15	35,6	4,86	6,25	28,8
Bes. Inanspruchnahme, Notfalleist., Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpfl., Verwaltungskmpl., Verweilen, praxiskl. Betreuung u. Nachsorge	4,18	,3	4,58	,3	,39	9,4	48,96	50,88	3,9
GU., Krebsvorsorge, Muvo., Empfängnisr. u. Schwangerschaftsabbruch	,44	,0	,46	,0	,02	3,6	5,18	5,09	-1,6
Übrige arztgruppenübergreifende allgemeine GOP	1,54	,1	1,74	,1	,19	12,5	18,04	19,29	6,9
Spezielle Versorgungsbereiche	,00	,0	.	.	.	.	,05	.	.
Ambulante Op. n, Anästh., postop. u. orthop.-chir. konserv. Leistungen (inkl. belegärztl. Leistungen gemäß Kap. 36)	,00	,0	,00	,0	,00	76,1	,02	,04	67,2
Laborleistungen	49,13	3,7	51,72	3,8	2,59	5,3	574,87	574,82	,0
Ultraschalldiagnostik	10,34	,8	11,33	,8	,99	9,5	121,04	125,94	4,0
Kostenpauschalen	578,91	43,5	587,85	42,8	8,94	1,5	6.773,86	6.533,33	-3,6
Sonstige GOP des EBM	,80	,1	,78	,1	-,02	-2,0	9,33	8,69	-6,9
KV-spezifische GOP	483,28	36,3	493,87	36,0	10,59	2,2	5.654,89	5.488,81	-2,9
<b>GESAMT</b>	<b>1.330,90</b>	<b>100,0</b>	<b>1.373,29</b>	<b>100,0</b>	<b>42,38</b>	<b>3,2</b>	<b>15.573,06</b>	<b>15.262,64</b>	<b>-2,0</b>

\*34 Praxen in beiden Vergleichszeiträumen

\*\*Punktzahl des Leistungssegmentes dividiert durch die Fallzahl der Fachgruppe im Quartal

## PNEUMOLOGEN\*

### LEISTUNGSBEDARF IN PUNKTEN NACH EBM-ABSCHNITTEN

in den Quartalen I-IV/2008 und im Vergleichszeitraum des Vorjahres

Leistungssegment	Leistungsbedarf				Veränderung I-IV/08 zu I-IV/07		Indikator „Fallpunktzahl“***		
	I-IV/2007		I-IV/2008		Leistungsbedarf		Verteilungsrechnung		
	Mio. Punkte	in %	Mio. Punkte	in %	Mio. Punkte	in %	I-IV/2007	I-IV/2008	VÄ. in %
Grund.-/Konsultat.-pausch. telef. Pat.-berat, schmerzth. Grundp., Ber./Er./Abkl.	237,89	22,9	303,87	25,4	65,97	27,7	438,90	540,07	23,1
Fachinternistische Behandlung	4,06	,4	4,49	,4	,42	10,4	7,50	7,98	6,4
Schwerpunktorientierte internistische Versorgung und Definitionsauftrag	418,23	40,2	448,43	37,5	30,21	7,2	771,61	797,02	3,3
Kleinchirurgie	,13	,0	,12	,0	-,01	-9,7	,24	,21	-13,0
Bes. Inanspruchnahme, Notfallleist., Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpfl, Verwaltungskompl., Verweilen, praxiskl. Betreuung u. Nachsorge	9,15	,9	8,10	,7	-1,05	-11,5	16,88	14,40	-14,7
GU., Krebsvorsorge, Muvo., Empfängnisr. u. Schwangerschaftsabbruch	1,36	,1	1,39	,1	,03	2,4	2,51	2,48	-1,3
Übrige arztgruppenübergreifende allgemeine GOP	4,18	,4	4,74	,4	,56	13,3	7,71	8,42	9,1
Spezielle Versorgungsbereiche	160,34	15,4	183,86	15,4	23,52	14,7	295,82	326,79	10,5
Laborleistungen	102,69	9,9	111,50	9,3	8,82	8,6	189,45	198,18	4,6
Ultraschalldiagnostik	4,01	,4	3,88	,3	-,13	-3,2	7,40	6,89	-6,8
Kostenpauschalen	3,51	,3	3,56	,3	,05	1,5	6,47	6,33	-2,2
Sonstige GOP des EBM	33,17	3,2	33,79	2,8	,62	1,9	61,20	60,06	-1,9
KV-spezifische GOP	60,40	5,8	88,83	7,4	28,44	47,1	111,43	157,89	41,7
<b>GESAMT</b>	<b>1.039,12</b>	<b>100,0</b>	<b>1.196,56</b>	<b>100,0</b>	<b>157,45</b>	<b>15,2</b>	<b>1.917,13</b>	<b>2.126,71</b>	<b>10,9</b>

\*98 Praxen in beiden Vergleichszeiträumen

\*\*Punktzahl des Leistungssegmentes dividiert durch die Fallzahl der Fachgruppe im Quartal

**NEUROLOGEN\***  
**LEISTUNGSBEDARF IN PUNKTEN NACH EBM-ABSCHNITTEN**  
in den Quartalen I-IV/2008 und im Vergleichszeitraum des Vorjahres

Leistungssegment	Leistungsbedarf				Veränderung I-IV/08 zu I-IV/07		Indikator „Fallpunktzahl“***		
	I-IV/2007		I-IV/2008		Leistungsbedarf		Verteilungsrechnung		
	Mio. Punkte	in %	Mio. Punkte	in %	Mio. Punkte	in %	I-IV/2007	I-IV/2008	VA. in %
Grund.-/Konsultat.-pausch. telef. Pat.-berat, schmerzth. Grundp., Ber./Er./Abkl.	73,62	52,3	92,96	53,8	19,34	26,3	664,45	804,91	21,1
Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen, Fremdanamnese, supportive psychiatrische Behandlung	38,21	27,2	52,90	30,6	14,69	38,4	344,87	458,04	32,8
Kleinchirurgie	,13	,1	,12	,1	-,01	-9,8	1,21	1,04	-13,5
Bes. Inanspruchnahme, Notfalleist., Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpfl, Verwaltungskompl., Verweilen, praxiskl. Betreuung u. Nachsorge	5,40	3,8	5,05	2,9	-,34	-6,3	48,71	43,77	-10,1
Übrige arztgruppenübergreifende allgemeine GOP	1,25	,9	1,13	,7	-,12	-9,5	11,29	9,80	-13,1
Spezielle Versorgungsbereiche	8,07	5,7	7,44	4,3	-,63	-7,8	72,85	64,42	-11,6
Psychotherapie und Tests	1,59	1,1	1,44	,8	-,15	-9,4	14,35	12,47	-13,1
Kostenpauschalen	,69	,5	,66	,4	-,03	-4,1	6,22	5,72	-8,0
Sonstige GOP des EBM	11,12	7,9	10,44	6,0	-,68	-6,1	100,36	90,42	-9,9
KV-spezifische GOP	,65	,5	,78	,4	,12	19,0	5,88	6,71	14,2
<b>GESAMT</b>	<b>140,74</b>	<b>100,0</b>	<b>172,93</b>	<b>100,0</b>	<b>32,20</b>	<b>22,9</b>	<b>1.270,18</b>	<b>1.497,34</b>	<b>17,9</b>

\*29 Praxen in beiden Vergleichszeiträumen

\*\*Punktzahl des Leistungssegmentes dividiert durch die Fallzahl der Fachgruppe im Quartal

**PSYCHIATER\***  
**LEISTUNGSBEDARF IN PUNKTEN NACH EBM-ABSCHNITTEN**  
 in den Quartalen I-IV/2008 und im Vergleichszeitraum des Vorjahres





Leistungssegment	Leistungsbedarf				Veränderung I-IV/08 zu I-IV/07		Indikator „Fallpunktzahl“***		
	I-IV/2007		I-IV/2008		Leistungsbedarf		Verteilungsrechnung		
	Mio. Punkte	in %	Mio. Punkte	in %	Mio. Punkte	in %	I-IV/2007	I-IV/2008	VÄ. in %
Grund.-/Konsultat.-pausch. telef. Pat.-berat, schmerzth. Grundp., Ber./Er./Abkl.	368,84	59,8	423,29	58,4	54,45	14,8	1.109,11	1.209,88	9,1
Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen, Fremdanamnese, supportive psychiatrische Behandlung	87,58	14,2	117,55	16,2	29,97	34,2	263,36	336,00	27,6
Kleinchirurgie	,05	,0	,05	,0	,00	4,2	,16	,15	-1,0
Bes. Inanspruchnahme, Notfalleist., Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpfl., Verwaltungskompl., Verweilen, praxiskl. Betreuung u. Nachsorge	25,93	4,2	25,43	3,5	-50	-1,9	77,96	72,67	-6,8
Übrige arztgruppenübergreifende allgemeine GOP	7,51	1,2	8,61	1,2	1,10	14,7	22,58	24,61	9,0
Spezielle Versorgungsbereiche	,81	,1	,06	,0	-,75	-92,8	2,43	,17	-93,1
Psychotherapie und Tests	119,41	19,3	143,15	19,8	23,74	19,9	359,07	409,15	13,9
Kostenpauschalen	1,28	,2	1,24	,2	-,05	-3,6	3,86	3,54	-8,4
Sonstige GOP des EBM	4,89	,8	4,47	,6	-,43	-8,8	14,72	12,76	-13,3
KV-spezifische GOP	,86	,1	,89	,1	,02	2,7	2,60	2,54	-2,4
<b>GESAMT</b>	<b>617,17</b>	<b>100,0</b>	<b>724,73</b>	<b>100,0</b>	<b>107,56</b>	<b>17,4</b>	<b>1.855,84</b>	<b>2.071,47</b>	<b>11,6</b>

\*202 Praxen in beiden Vergleichszeiträumen

\*\*Punktzahl des Leistungssegmentes dividiert durch die Fallzahl der Fachgruppe im Quartal

## Definition der Leistungssegmentierung für Fachärzte für Innere Medizin, Schwerpunkt Gastroenterologie, Hämatologie/Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie sowie sonstige fachärztliche Internisten

Leistungssegment EBM 2008	GOP gemäß EBM 2008	GOP gemäß EBM 2007
Grundpauschale und deren Teilleistungen gemäß Anhang 1, Konsultationspauschale, telefonische Patientenberatung, schmerztherapeutische Grundpauschale und Beratung/Erörterung/Abklärung	01600, 01601, 01605, 13210-13212, 13290-13292, 13340-13342, 13390-13392, 13490-13492, 13540-13542, 13590-13592, 13640-13642, 13690-13692, 01435, 01436, 30700, 30708	01600, 01601, 01605, 13210-13212, 13215, 13220, 32000, 80110-80112
Fachinternistische Behandlung	13250	13250
Schwerpunktorientierte internistische Versorgung und Definitionsauftrag	13251-13260, 13300-13311, 13350, 13400-13431, 13435, 13500-13502, 13545-13561, 13600-13621, 13650-13670, 13675, 13700, 13701	13251-13260, 13300-13311, 13350, 13400-13431, 13500-13502, 13550-13561, 13600-13621, 13650-13670, 13700, 13701
Kleinchirurgie	02300-02360	02300-02360
Besondere Inanspruchnahme, Notfallleistungen, Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verwaltungskomplex, Verweilen, praxisklinische Betreuung und Nachsorge	01100-01102, 01210, 01211, 01214-01222, 01410-01416, 01420, 01422, 01424, 01430, 01440, 01510-01512, 01520, 01521, 01530, 01531	01100-01102, 01210, 01215-01218, 01220-01222, 01410-01414, 01416, 01420, 01422, 01424, 01430, 01440, 01510-01512, 01520, 01521, 01530, 01531
Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch	01701-01820	01701-01820
Übrige arztgruppenübergreifende allgemeine GOP	01310-01312, 01602, 01610-01612, 01620-01623, 01950-01952, 02100, 02101, 02110-02112, 02120, 02200, 02400, 02401, 02500, 02501, 02510-02512	01310-01312, 01602, 01610-01612, 01620-01623, 01950-01952, 02100, 02101, 02110-02112, 02120, 02200, 02400, 02401, 02500, 02501, 02510-02512
Spezielle Versorgungsbereiche	30110-30130, 30200, 30201, 30300, 30301, 30400-30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30500, 30501, 30600-30611, 30702-30706, 30710-30791, 30800, 30900, 30901	30110-30130, 30200, 30201, 30300, 30301, 30400-30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30500, 30501, 30600-30611, 30700-30791, 30800, 30900, 30901
Ambulante Operationen, Anästhesien, postoperative und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen	31101-31362, 31501-31507, 31601-31735, 31800-31831, 31900-31946	31101-31362, 31501-31507, 31601-31735, 31800-31831, 31900-31946
Laborleistungen	12210, 12225, 32001, 32025, 32026, 32027, 32030-32153, 32155-32863	12210, 12225, 32001, 32030-32153, 32155-32861
Ultraschalldiagnostik	33000-33092	33000-33092
Belegärztliche Leistungen gem. Kap. 36	36101-36358, 36501-36507, 36800-36831, 36861-36884	36101-36358, 36501-36507, 36800-36831, 36861-36884
Kostenpauschalen	40100-40855	40100-40855
Sonstige GOP des EBM	- Restmenge -	- Restmenge -
KV-spezifische GOP	- nur regional gültig -	- nur regional gültig -

Seite 10	<b>EBM 2008-Begleitstudie- Modul 2a: Komplettdatenanalyse</b> auf Basis sachlich-rechnerisch richtig gestellter Abrechnungsdaten aus den KV-Bereichen Nordrhein und Brandenburg				
-------------	---	---	---	---	---



## Definition der Leistungssegmentierung für Neurologen und Psychiater

Leistungssegment EBM 2008	GOP gemäß EBM 2008	GOP gemäß EBM 2007
Grundpauschale und deren Teilleistungen gemäß Anhang 1, Konsultationspauschale, telefonische Patientenberatung, schmerztherapeutische Grundpauschale und Beratung/Erörterung/Abklärung	01600, 01601, 01605, 16210-16212, 21210-21212, 21220, 21222, 01435, 01436, 30700, 30708	01600, 01601, 01605, 16210-16212, 16215, 16220, 21210-21212, 21215, 21220, 32000, 80110-80112
Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen, Fremdanamnese, supportive psychiatrische Behandlung	16230-16371, 21216, 21217, 21221, 21230-21340	16230-16371, 21216, 21217, 21221, 21230-21340
Kleinchirurgie	02300-02360	02300-02360
Besondere Inanspruchnahme, Notfallleistungen, Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verwaltungskomplex, Verweilen, praxisklinische Betreuung und Nachsorge	01100-01102, 01210, 01211, 01214-01222, 01410-01416, 01420, 01422, 01424, 01430, 01440, 01510-01512	01100-01102, 01210, 01215-01218, 01220-01222, 01410-01414, 01416, 01420, 01422, 01424, 01430, 01440, 01510-01512
Übrige arztgruppenübergreifende allgemeine GOP	01310-01312, 01602, 01610-01612, 01620-01623, 01783, 01800-01813, 01950-01952, 02100, 02101, 02110-02112, 02120, 02200, 02500, 02510-02512	01310-01312, 01602, 01610-01612, 01620-01623, 01783, 01800-01813, 01950-01952, 02100, 02101, 02110-02112, 02120, 02200, 02500, 02510-02512
Spezielle Versorgungsbereiche	30110-30130, 30200, 30201, 30300, 30301, 30400-30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30610, 30611, 30702-30706, 30710-30791, 30800-30811, 30900, 30901	30110-30130, 30200, 30201, 30300, 30301, 30400-30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30610, 30611, 30700-30791, 30800-30811, 30900, 30901
Ambulante Operationen, Anästhesien, postoperative und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen	31101-31362, 31501-31507, 31601-31735, 31800-31831, 31900-31946	31101-31362, 31501-31507, 31601-31735, 31800-31831, 31900-31946
Psychotherapie und Tests	35100-35302	35100-35302
Belegärztliche Leistungen gem. Kap. 36	36101-36358, 36501-36507, 36800-36831, 36861, 36867, 36884	36101-36358, 36501-36507, 36800-36831, 36861, 36867, 36884
Kostenpauschalen	40100-40855	40100-40855
Sonstige GOP des EBM	- Restmenge -	- Restmenge -
KV-spezifische GOP	- nur regional gültig -	- nur regional gültig -

# **Anlage 6.3.1**

## 6.3 Zusatzpauschale Onkologie

Sonderauswertung Onkologische  
Zusatzpauschalen erste Quartal 2008  
(Version 1.0 mit Stand 27.11.2008)

---

# EBM 2008

---

## Wissenschaftliche Begleitung zur Einführung des EBM 2008

### Zusatzpauschale Behandlung/Betreuung Onkologische Erkrankung

Sonderauswertung I/2008

Version 1.0

Stand: 27.11.2008

Institut des  
Bewertungsausschusses



WIdO Wissenschaftliches  
Institut der AOK



ZENTRALINSTITUT  
für die kassenärztliche Versorgung  
in der Bundesrepublik Deutschland

---

Institut des Bewertungsausschusses  
Wilhelmstr. 138  
10963 Berlin  
Tel: 030 / 8145260-0  
FAX: 030 / 8145260-19

Wissenschaftliches Institut der AOK  
Kortrijker Str. 1  
53177 Bonn  
Tel.: 0228 / 843-3 93  
FAX: 0228 / 843-144

ZENTRALINSTITUT  
Herbert-Lewin-Platz 3  
10623 Berlin  
Tel: 030 / 4005-2400  
FAX: 030/39 49 37 39

## Inhalt

<b>1</b>	<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Hintergrund und Ziel.....</b>	<b>2</b>
<b>3</b>	<b>Material und Methoden.....</b>	<b>2</b>
<b>4</b>	<b>Ergebnisse .....</b>	<b>2</b>



## 1 Zusammenfassung

Je Fachgruppe ist die Abrechnung von Zusatzpauschalen Onkologie mehr oder weniger verbreitet. Annähernd alle gynäkologischen und urologischen Praxen rechnen die betreffenden GOPs ab. Vergleichsweise eng umgrenzt ist die Gruppe der Zusatzpauschalen abrechnenden Praxen bei Gastroenterologen, Mund-Kieferchirurgen und Chirurgen.

Die höchste mittlere Fallzahl von onkologischen Zusatzpauschalen je Praxis ist bei Urologen sichtbar mit 134 bzw. 136, schränkt man auf die Pauschalenabrechnenden Praxen ein. Dahinter folgen Hautärzte mit im Mittel 42 Zusatzpauschalen je Praxis bei Praxen, die diese GOPs abrechnen.

Auch gemessen am Leistungsbedarf hat die Abrechnung von onkologischen Zusatzpauschalen unter allen Fachgruppen bei Urologen das größte Gewicht. Im Mittel resultiert 3,9 % des Leistungsbedarfs einer Praxis bei Urologen aus onkologischen Zusatzpauschalen.

Eine identische Verteilung ergibt sich bezogen auf den anteiligen Leistungsbedarf je Fall. Auch hier entstammt 3,9 % des mittleren Leistungsbedarfs je Fall von Urologen der Abrechnung onkologischer Zusatzpauschalen.

Für die Onkologie-Zusatzpauschalen abrechnenden Praxen gilt: der Leistungsbedarf aus der Abrechnung onkologischer Zusatzpauschalen konzentriert sich je Fachgruppe auf eine relativ kleine Teilgruppe der Praxen, die diese Pauschalen abrechnen. Das bedeutet, dass relativ viele Praxen, die onkologische Zusatzpauschalen abrechnen, dies in einem vergleichsweise geringen Umfang praktizieren.

## 2 Hintergrund und Ziel

Der Bewertungsausschuss hat im Beschluss zur 147. Sitzung als Untersuchungsgegenstand die "Zusatzpauschale Onkologie" in den Kapiteln 7, 8, 9, 10, 13, 15 und 26 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) genannt.

Unmittelbares Ziel dabei ist die Ermittlung der Größenordnung, mit welcher die Pauschalen je Fachgebiet und je Praxis abgerechnet werden. Mittelbares Ziel dabei ist es, Anhaltspunkte für einen möglichen Korrekturbedarf bei den Grundpauschalen im EBM zu gewinnen.

### 3 Material und Methoden

Nach Abstimmung des methodischen Vorgehens wird ermittelt, wie häufig die Pauschalen je Fachgebiet und je Praxis abgerechnet werden. Ergänzend wird die Streuung der Leistungsintensität je Praxis berichtet. Die Auswertung soll auf Basis der Quartale I und II/2008 separat vorgenommen werden. Gegebenenfalls sind die Zahlen danach noch für das 1. Halbjahr zu verdichten.

Hier wird der Auswertungsteil bezogen auf das Quartal 1/2008 vorgelegt. Dazu wurden folgende Fachgruppen mit nachstehenden Gebührenordnungspositionen (GOP) für die Auswertung ausgewählt.

- Chirurgen (GOP 07345)
- Frauenärzte (GOP 08345)
- HNO-Ärzte (GOP 09345)
- Hautärzte (GOP 10345)
- Urologen (GOP 26315)
- Innere Medizin, SP Gastroenterologie (GOP 13435)
- Innere Medizin, SP Pneumologie (GOP 13675)
- Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (GOP 15345)

Die vorliegende Darstellung bezieht sich auf alle sowohl in 1/2007 und 1/2008 abrechnenden Praxen dieser Fachgruppen in Brandenburg und Nordrhein, darunter besonders diejenigen, welche die Zusatzpauschalen abgerechnet haben.

Die Ergebnisse sind sowohl für alle Praxen der ausgewählten Fachgruppen als auch für die Teilgruppe aufgelistet, welche die Zusatzpauschalen abrechnete. Aus dieser Teilgruppe wurden einige wenige Praxen ausgeschlossen, die mehrere Zusatzpauschalen gleichzeitig abrechneten.

### 4 Ergebnisse

Die Kennzahlen für die Analyse folgen einem im Vorfeld abgestimmten Tabellenaufbau. Die entsprechenden Übersichten finden sich im Anhang dieser Darstellung (Tab. 4 bis 7).

Diesem ist zu entnehmen, dass je Fachgruppe die Abrechnung von Zusatzpauschalen Onkologie mehr oder weniger verbreitet ist. Annähernd alle gynäkologischen und urologischen Praxen rechnen die betreffenden GOPs ab (Tab. 1).

Vergleichsweise eng umgrenzt ist die Gruppe der Zusatzpauschalen abrechnenden Praxen bei Gastroenterologen, Mund-Kieferchirurgen und Chirurgen.

Die höchste mittlere Fallzahl von onkologischen Zusatzpauschalen je Praxis ist bei Urologen sichtbar mit 134 bzw. 136, schränkt man auf die Pauschalenabrechnenden Praxen ein. Dahinter folgen Hautärzte mit im Mittel 42 Zusatzpauschalen je Praxis bei Praxen, die diese GOPs abrechnen.

**Tab. 1: Praxen und Fälle mit Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 1. Quartal 2008**

Abrechnungsgebiet	alle Praxen				darunter: Zusatzpauschalen abrechnend			
	Praxen	Fälle je Praxis	Fälle mit onkol. ZP je Praxis	Anteil der Fälle mit onkol.ZP an allen Fällen je Praxis	Praxen	Fälle je Praxis	Fälle mit onkol. ZP je Praxis	Anteil der Fälle mit onkol.ZP an allen Fällen je Praxis
Chirurgen	351	999	2	,2	87	1.084	7	,6
Frauenärzte	1181	1.379	32	2,3	1123	1.375	34	2,5
HNO-Ärzte	471	1.393	5	,4	365	1.454	7	,5
Hautärzte	364	1.737	38	2,2	331	1.748	42	2,4
Urologen	265	1.405	134	9,6	262	1.414	136	9,6
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	96	1.014	3	,3	28	1.092	10	,9
Innere Medizin, SP Pneumologie	107	1.495	7	,5	71	1.548	11	,7
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	97	146	4	2,9	29	196	14	7,3

\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

©ZI/WIdO/InBA 2008

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

Auch gemessen am Leistungsbedarf hat die Abrechnung von onkologischen Zusatzpauschalen unter allen Fachgruppen bei Urologen das größte Gewicht. Im Mittel resultiert 3,9 % des Leistungsbedarfs einer Praxis bei Urologen aus onkologischen Zusatzpauschalen (Tabelle 2).

**Tab. 2: Leistungsbedarf  
aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie  
in den KVen Brandenburg und Nordrhein  
im 1. Quartal 2008**

Abrechnungs- gebiet	alle Praxen				darunter: Zusatzpauschalen abrechnend			
	Praxen	Leistungs- bedarf* je Praxis	Leis- tungsbe- darf* für onkol. ZP je Praxis	Anteil des Leistungs- bedarfs* für onkol. ZP am Gesamt- leistungs- bedarf je Praxis (in %)	Praxen	Leistungs- bedarf* je Praxis	Leis- tungsbe- darf* für onkol. ZP je Praxis	Anteil des Leistungs- bedarfs* für onkol. ZP am Gesamt- leistungs- bedarf je Praxis (in %)
Chirurgen	351	1.901.455	918	,0	87	2.138.611	3.706	,2
Frauenärzte	1181	1.522.069	17.452	1,1	1123	1.523.042	18.354	1,2
HNO-Ärzte	471	1.573.281	2.902	,2	365	1.647.129	3.744	,2
Hautärzte	364	1.448.310	20.697	1,4	331	1.462.687	22.760	1,6
Urologen	265	1.871.007	72.501	3,9	262	1.882.960	73.331	3,9
Innere Medizin, SP Gastroente- rologie	96	2.484.377	1.592	,1	28	2.702.126	5.458	,2
Innere Medizin, SP Pneumologie	107	3.285.725	3.962	,1	71	3.488.171	5.970	,2
Mund-Kiefer- Gesichtschirur- gie	97	439.068	2.310	,5	29	639.786	7.728	1,2

\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

©ZI/WIdO/InBA 2008

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

Eine identische Verteilung ergibt sich bezogen auf den anteiligen Leistungsbedarf je Fall.

Auch hier entstammt 3,9 % des mittleren Leistungsbedarfs je Fall von Urologen der Abrechnung onkologischer Zusatzpauschalen (Tabelle 3).



**Tab. 3: Leistungsbedarf je Fall  
aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie  
in den KVen Brandenburg und Nordrhein  
im 1. Quartal 2008**

Abrechnungs- gebiet	alle Praxen			darunter: Zusatzpauschalen abrechnend		
	Leistungs- bedarf* je Fall	Leistungs- bedarf* für onkol. ZP je Fall**	Anteil des Leistungs- bedarfs* für onkol. ZP am Gesamt- leistungs- bedarf je Fall (in %)	Leistungs- bedarf* je Fall	Leistungs- bedarf* für onkol. ZP je Fall**	Anteil des Leistungs- bedarfs* für onkol. ZP am Gesamt- leistungs- bedarf je Fall (in %)
Chirurgen	1.904	1	,0	1.973	3	,2
Frauenärzte	1.104	13	1,1	1.108	13	1,2
HNO-Ärzte	1.129	2	,2	1.133	3	,2
Hautärzte	834	12	1,4	837	13	1,6
Urologen	1.331	52	3,9	1.331	52	3,9
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	2.451	2	,1	2.475	5	,2
Innere Medizin, SP Pneumologie	2.198	3	,1	2.253	4	,2
Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie	3.001	16	,5	3.266	39	1,2

\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

©ZI/WIdO/InBA 2008

\*\*Bezugsgröße alle Fälle dieser Praxen je Fachgruppe

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

Der Leistungsbedarf aus der Abrechnung onkologischer Zusatzpauschalen konzentriert sich je Fachgruppe auf eine relativ kleine Teilgruppe der Praxen, die diese Pauschalen abrechnen, wie aus den Histogrammen (Abb. 1-8) im Anhang zu entnehmen.

Das bedeutet, dass relativ viele Praxen, die onkologische Zusatzpauschalen abrechnen, dies in einem vergleichsweise geringen Umfang praktizieren.

# ***A N H A N G***



**Tab. 4: Praxen und Fälle mit Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie  
in den KVen Brandenburg und Nordrhein  
im 1. Quartal 2008**

Abrechnungs- gebiet	Praxen	Fälle je Praxis	Fälle mit onko- logischer ZP je Praxis	Anteil der Fälle mit onkologi- scher ZP an allen Fällen je Praxis
Chirurgen	87	1.084	7	,6
Frauenärzte	1123	1.375	34	2,5
HNO-Ärzte	365	1.454	7	,5
Hautärzte	331	1.748	42	2,4
Urologen	262	1.414	136	9,6
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	28	1.092	10	,9
Innere Medizin, SP Pneumologie	71	1.548	11	,7
Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie	29	196	14	7,3

\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

©ZI/WIdO/InBA 2008

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein



**Tab. 5: Leistungsbedarf aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie  
bezogen auf Zusatzpauschalen abrechnende Praxen  
in den KVen Brandenburg und Nordrhein  
im 1. Quartal 2008**

Abrechnungs- gebiet	Leistungs- bedarf* je Praxis	Leistungs- bedarf* für onkologi- sche ZP je Praxis	Anteil des Leistungs- bedarfs* für onkologi- sche ZP am Gesamtleis- tungsbedarf je Praxis (in %)	Leistungs- bedarf* je Fall	Leistungs- bedarf* für onkologi- sche ZP je Fall**	Anteil des Leistungs- bedarfs* für onkologische ZP am Ge- samtleis- tungsbedarf je Fall (in %)
Chirurgen	2.138.611	3.706	,2	1.973	3	,2
Frauenärzte	1.523.042	18.354	1,2	1.108	13	1,2
HNO-Ärzte	1.647.129	3.744	,2	1.133	3	,2
Hautärzte	1.462.687	22.760	1,6	837	13	1,6
Urologen	1.882.960	73.331	3,9	1.331	52	3,9
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	2.702.126	5.458	,2	2.475	5	,2
Innere Medizin, SP Pneumologie	3.488.171	5.970	,2	2.253	4	,2
Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie	639.786	7.728	1,2	3.266	39	1,2

\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

©ZI/WIdO/InBA 2008

\*\*Bezugsgröße alle Fälle von Zusatzpauschalen abrechnenden Praxen je Fachgruppe

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein



**Tab. 6: Anteil von Fällen mit Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie bezogen auf alle Praxen in den KVen Brandenburg und Nordrhein i im 1. Quartal 2008**

Abrechnungs- gebiet		Praxen	Fälle je Praxis	Fälle mit onko- logischer ZP je Praxis	Anteil der Fälle mit onkologischer ZP an allen Fällen je Praxis
	Chirurgen	351	999	2	,2
	Frauenärzte	1181	1.379	32	2,3
	HNO-Ärzte	471	1.393	5	,4
	Hautärzte	364	1.737	38	2,2
	Urologen	265	1.405	134	9,6
	Innere Medizin, SP Gastroenterologie	96	1.014	3	,3
	Innere Medizin, SP Pneumologie	107	1.495	7	,5
	Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie	97	146	4	2,9

\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

©ZI/WIdO/InBA 2008

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein



**Tab. 7: Leistungsbedarf aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie  
bezogen auf alle Praxen  
in den KVen Brandenburg und Nordrhein  
im 1. Quartal 2008**

Abrechnungs- gebiet	Leistungs- bedarf* je Praxis	Leistungs- bedarf* für onkologi- sche ZP je Praxis	Anteil des Leistungs- bedarfs* für onkologi- sche ZP am Ge- samtleis- tungsbe- darf je Praxis (in %)	Leistungs- bedarf* je Fall	Leistungs- bedarf* für onkologi- sche ZP je Fall**	Anteil des Leistungs- bedarfs* für onkologi- sche ZP am Ge- samtleis- tungsbe- darf je Fall (in %)
Chirurgen	1.901.455	918	,0	1.904	1	,0
Frauenärzte	1.522.069	17.452	1,1	1.104	13	1,1
HNO-Ärzte	1.573.281	2.902	,2	1.129	2	,2
Hautärzte	1.448.310	20.697	1,4	834	12	1,4
Urologen	1.871.007	72.501	3,9	1.331	52	3,9
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	2.484.377	1.592	,1	2.451	2	,1
Innere Medizin, SP Pneumologie	3.285.725	3.962	,1	2.198	3	,1
Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie	439.068	2.310	,5	3.001	16	,5

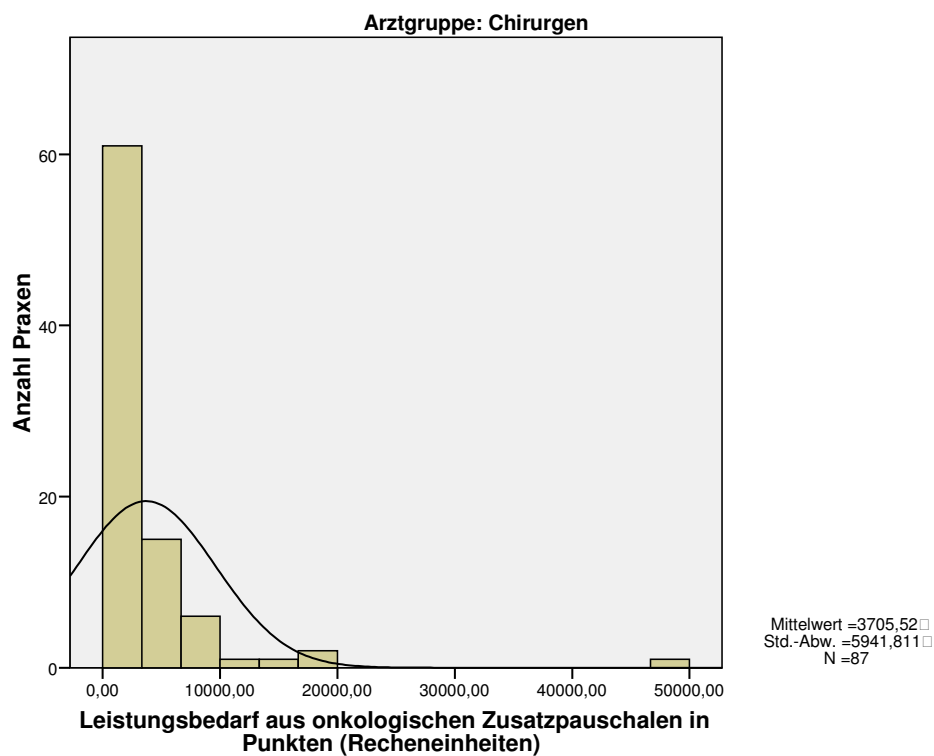
\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

©ZI/WIdO/InBA 2008

\*\*Bezugsgröße alle Fälle von allen Praxen je Fachgruppe

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

**Abb. 1:**  
**Verteilung des Leistungsbedarfs\* je Praxis**  
**aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie**  
**von Chirurgen**  
**in den KVen Brandenburg und Nordrhein**  
**im 1. Quartal 2008**

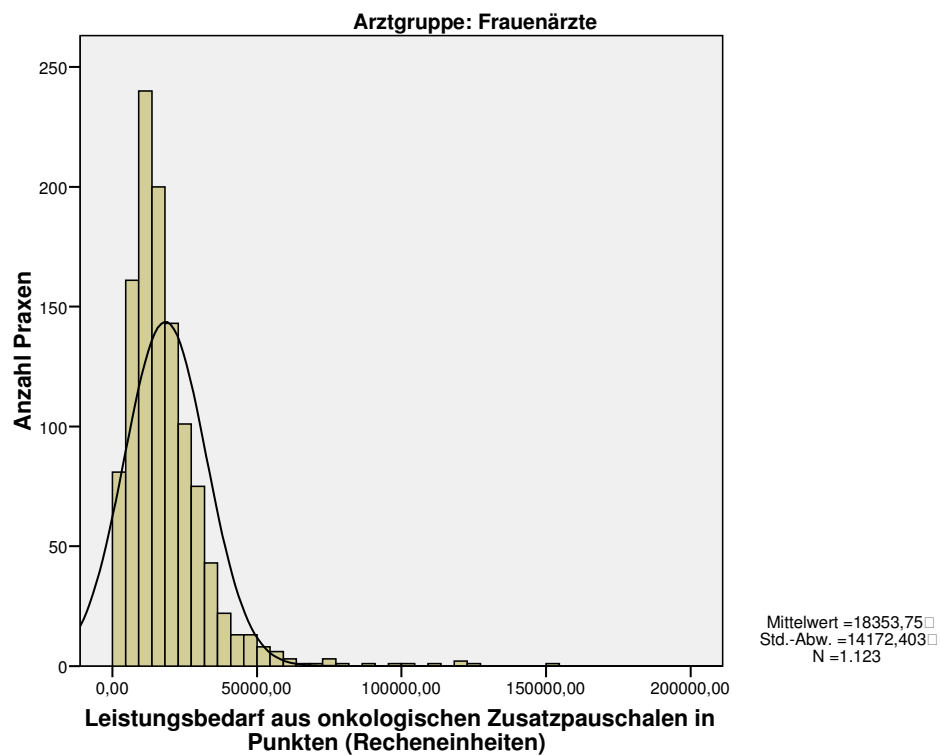


\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

©ZI/WIdO/InBA 2008

**Abb. 1:**  
**Verteilung des Leistungsbedarfs\* je Praxis**  
**aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie**  
**von Frauenärzten**  
**in den KVen Brandenburg und Nordrhein**  
**im 1. Quartal 2008**

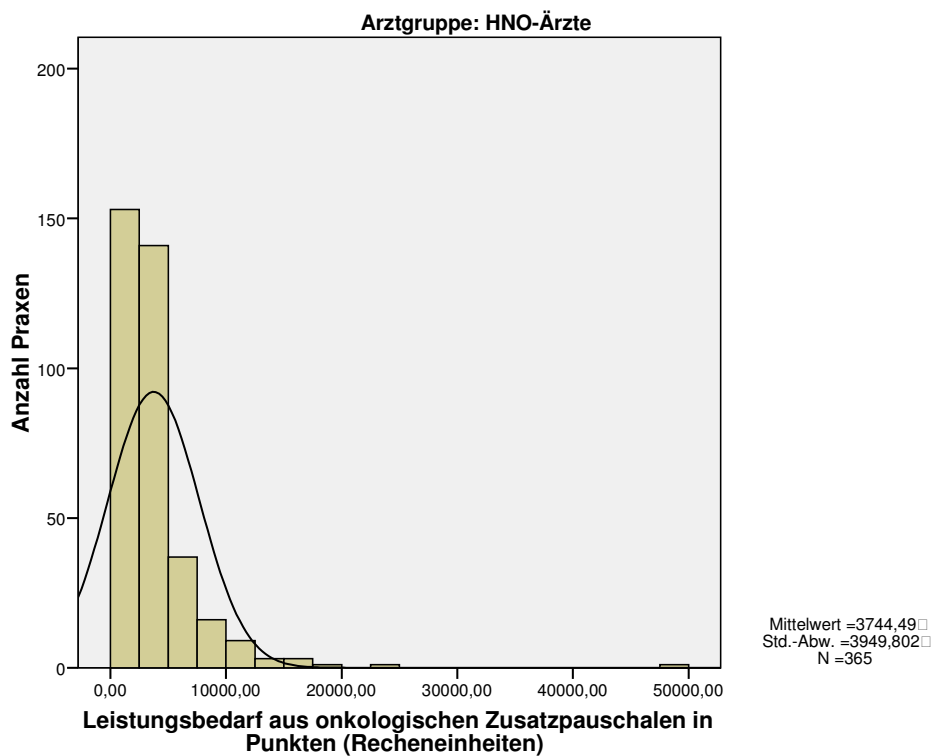


\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)  
Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

©ZI/WIdO/InBA 2008



**Abb. 3:**  
**Verteilung des Leistungsbedarfs\* je Praxis**  
**aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie**  
**von HNO-Ärzten**  
**in den KVen Brandenburg und Nordrhein**  
**im 1. Quartal 2008**

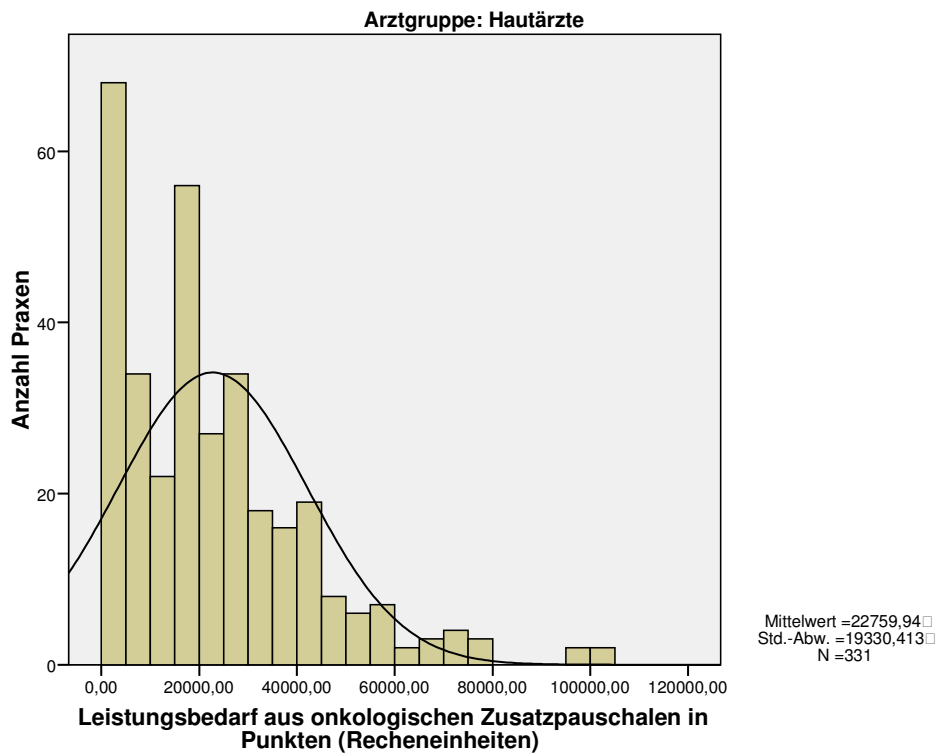


\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

©ZI/WIdO/InBA 2008

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

**Abb. 4:**  
**Verteilung des Leistungsbedarfs\* je Praxis**  
**aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie**  
**von Hautärzten**  
**in den KVen Brandenburg und Nordrhein**  
**im 1. Quartal 2008**

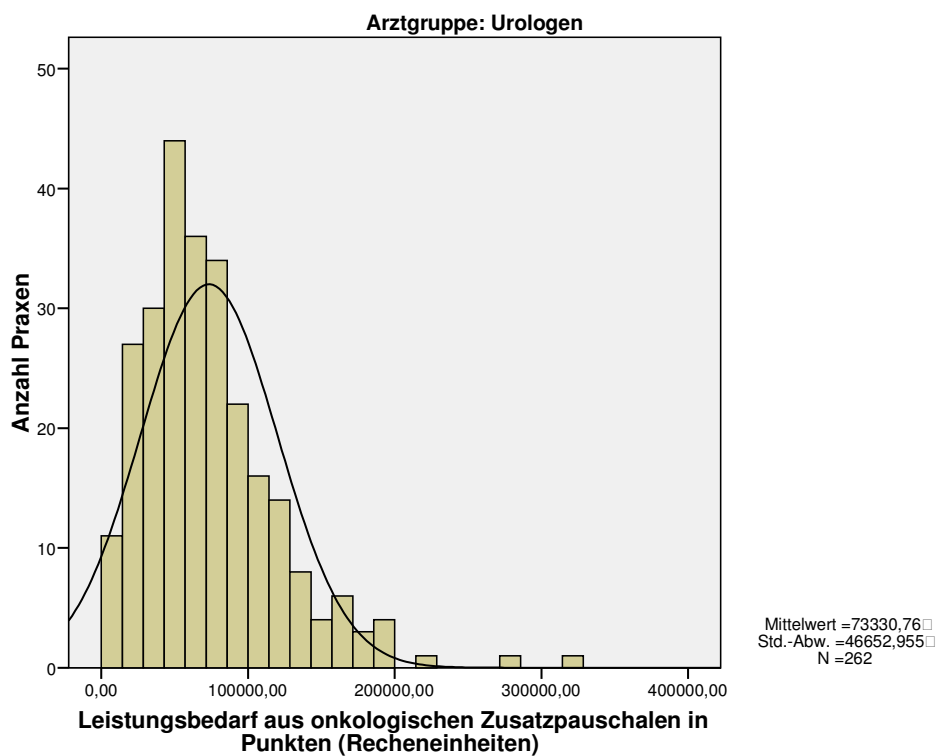


\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

©ZI/WIdO/InBA 2008

**Abb. 5:**  
**Verteilung des Leistungsbedarfs\* je Praxis**  
**aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie**  
**von Urologen**  
**in den KVen Brandenburg und Nordrhein**  
**im 1. Quartal 2008**

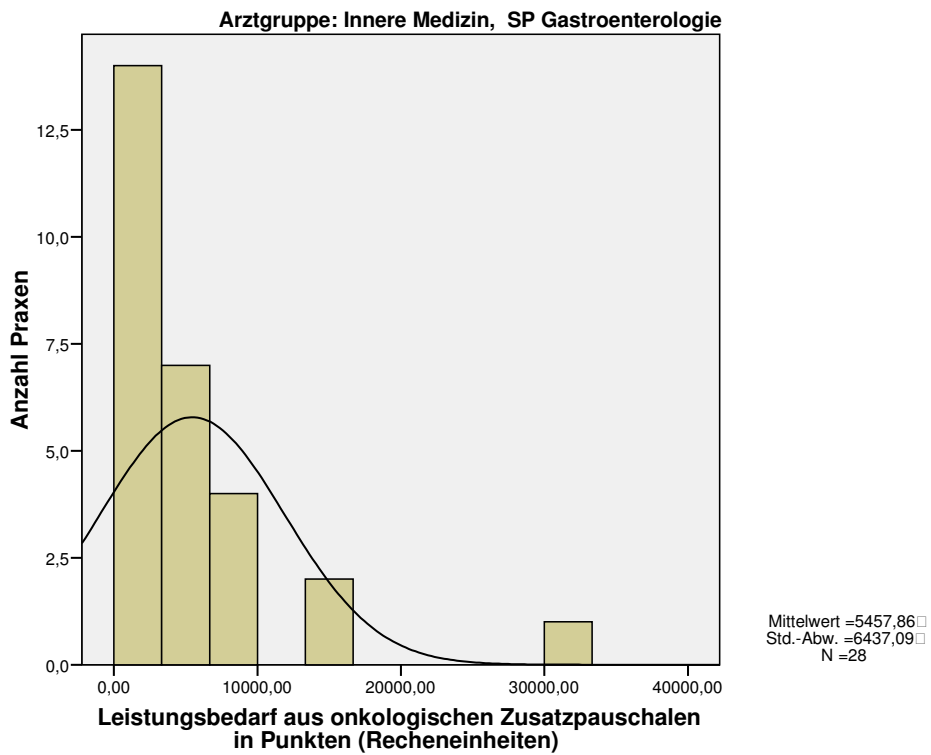


\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

©ZI/WIdO/InBA 2008

**Abb. 6:**  
**Verteilung des Leistungsbedarfs\* je Praxis**  
**aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie**  
**von Gastroenterologen**  
**in den KVen Brandenburg und Nordrhein**  
**im 1. Quartal 2008**

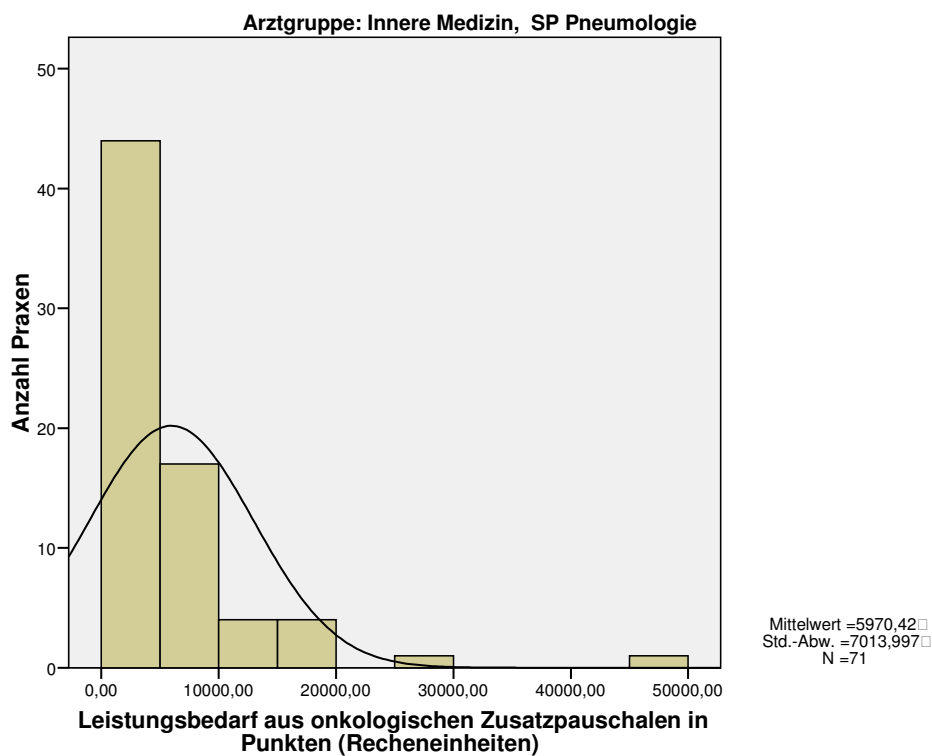


\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)  
 Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

©ZI/WIdO/InBA 2008



**Abb. 7:**  
**Verteilung des Leistungsbedarfs\* je Praxis**  
**aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie**  
**von Pneumologen**  
**in den KVen Brandenburg und Nordrhein**  
**im 1. Quartal 2008**

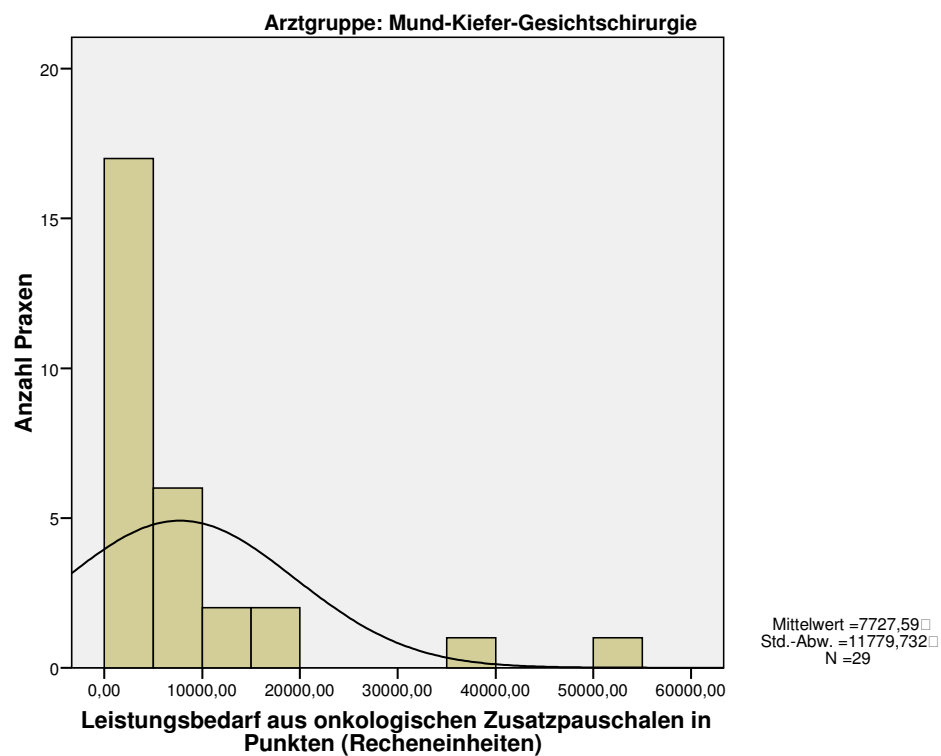


\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

©ZI/WIdO/InBA 2008

**Abb. 8:**  
**Verteilung des Leistungsbedarfs\* je Praxis**  
**aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie**  
**von Mund-/Kiefer-/Gesichtschirurgen**  
**in den KVen Brandenburg und Nordrhein**  
**im 1. Quartal 2008**



\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

©ZI/WIdO/InBA 2008

## **Anlage 6.3.2**

### 6.3 Zusatzpauschale Onkologie

Sonderauswertung Onkologische  
Zusatzpauschalen zweite Quartal 2008  
(Version 1.0 mit Stand 27.11.2008)

---

# EBM 2008

---

## Wissenschaftliche Begleitung zur Einführung des EBM 2008

### Zusatzpauschale Behandlung/Betreuung Onkologische Erkrankung

Sonderauswertung II/2008

Version 1.0

Stand: 27.11.2008

Institut des  
Bewertungsausschusses



WIdO Wissenschaftliches  
Institut der AOK



ZENTRALINSTITUT  
für die kassenärztliche Versorgung  
in der Bundesrepublik Deutschland

---

Institut des Bewertungsausschusses  
Wilhelmstr. 138  
10963 Berlin  
Tel: 030 / 8145260-0  
FAX: 030 / 8145260-19

Wissenschaftliches Institut der AOK  
Kortrijker Str. 1  
53177 Bonn  
Tel.: 0228 / 843-3 93  
FAX: 0228 / 843-144

ZENTRALINSTITUT  
Herbert-Lewin-Platz 3  
10623 Berlin  
Tel: 030 / 4005-2400  
FAX: 030/39 49 37 39



## Inhalt

<b>1</b>	<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Hintergrund und Ziel.....</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Material und Methoden.....</b>	<b>4</b>
<b>4</b>	<b>Ergebnisse .....</b>	<b>4</b>



## 1 Zusammenfassung

Je Fachgruppe ist die Abrechnung von Zusatzpauschalen Onkologie mehr oder weniger verbreitet. Annähernd alle gynäkologischen und urologischen Praxen rechnen die betreffenden GOPs ab. Vergleichsweise eng umgrenzt ist die Gruppe der Zusatzpauschalen abrechnenden Praxen bei Gastroenterologen, Mund-Kieferchirurgen und Chirurgen.

Die höchste mittlere Fallzahl von onkologischen Zusatzpauschalen je Praxis ist bei Urologen sichtbar mit 138 bzw. 139, schränkt man auf die Pauschalenabrechnenden Praxen ein. Dahinter folgen Hautärzte mit im Mittel 40 Zusatzpauschalen je Praxis bei Praxen, die diese GOPs abrechnen.

Auch gemessen am Leistungsbedarf hat die Abrechnung von onkologischen Zusatzpauschalen unter allen Fachgruppen bei Urologen das größte Gewicht. Im Mittel resultiert 3,8 % des Leistungsbedarfs einer Praxis bei Urologen aus onkologischen Zusatzpauschalen.

Eine identische Verteilung ergibt sich bezogen auf den anteiligen Leistungsbedarf je Fall. Auch hier entstammt 3,8 % des mittleren Leistungsbedarfs je Fall von Urologen der Abrechnung onkologischer Zusatzpauschalen.

Für die Onkologie-Zusatzpauschalen abrechnenden Praxen gilt: der Leistungsbedarf aus der Abrechnung onkologischer Zusatzpauschalen konzentriert sich je Fachgruppe auf eine relativ kleine Teilgruppe der Praxen, die diese Pauschalen abrechnen. Das bedeutet, dass relativ viele Praxen, die onkologische Zusatzpauschalen abrechnen, dies in einem vergleichsweise geringen Umfang praktizieren.

## 2 Hintergrund und Ziel

Der Bewertungsausschuss hat im Beschluss zur 147. Sitzung als Untersuchungsgegenstand die "Zusatzpauschale Onkologie" in den Kapiteln 7, 8, 9, 10, 13, 15 und 26 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) genannt.

Unmittelbares Ziel dabei ist die Ermittlung der Größenordnung, mit welcher die Pauschalen je Fachgebiet und je Praxis abgerechnet werden. Mittelbares Ziel

dabei ist es, Anhaltspunkte für einen möglichen Korrekturbedarf bei den Grundpauschalen im EBM zu gewinnen.

### 3 Material und Methoden

Nach Abstimmung des methodischen Vorgehens wird ermittelt, wie häufig die Pauschalen je Fachgebiet und je Praxis abgerechnet werden. Ergänzend wird die Streuung der Leistungsintensität je Praxis berichtet. Die Auswertung soll auf Basis der Quartale I und II/2008 separat vorgenommen werden. Gegebenenfalls sind die Zahlen danach noch für das 1. Halbjahr zu verdichten.

Hier wird der Auswertungsteil bezogen auf das Quartal 2/2008 vorgelegt. Dazu wurden folgende Fachgruppen mit nachstehenden Gebührenordnungspositionen (GOP) für die Auswertung ausgewählt.

- Chirurgen (GOP 07345)
- Frauenärzte (GOP 08345)
- HNO-Ärzte (GOP 09345)
- Hautärzte (GOP 10345)
- Urologen (GOP 26315)
- Innere Medizin, SP Gastroenterologie (GOP 13435)
- Innere Medizin, SP Pneumologie (GOP 13675)
- Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (GOP 15345)

Die vorliegende Darstellung bezieht sich auf alle sowohl in 2/2007 und 2/2008 abrechnenden Praxen dieser Fachgruppen in Brandenburg und Nordrhein, darunter besonders diejenigen, welche die Zusatzpauschalen abgerechnet haben.

Die Ergebnisse sind sowohl für alle Praxen der ausgewählten Fachgruppen als auch für die Teilgruppe aufgelistet, welche die Zusatzpauschalen abrechnete. Aus dieser Teilgruppe wurden einige wenige Praxen ausgeschlossen, die mehrere Zusatzpauschalen gleichzeitig abrechneten.

### 4 Ergebnisse

Die Kennzahlen für die Analyse folgen einem im Vorfeld abgestimmten Tabellenaufbau. Die entsprechenden Übersichten finden sich im Anhang dieser Darstellung (Tab. 4 bis 7).

Diesem ist zu entnehmen, dass je Fachgruppe die Abrechnung von Zusatzpauschalen Onkologie mehr oder weniger verbreitet ist. Annähernd alle gynäkologi-

schen und urologischen Praxen rechnen die betreffenden GOPs ab (Tab. 1). Vergleichsweise eng umgrenzt ist die Gruppe der Zusatzpauschalen abrechnenden Praxen bei Gastroenterologen, Mund-Kieferchirurgen und Chirurgen.

Die höchste mittlere Fallzahl von onkologischen Zusatzpauschalen je Praxis ist bei Urologen sichtbar mit 138 bzw. 139, schränkt man auf die Pauschalenabrechnenden Praxen ein. Dahinter folgen Hautärzte mit im Mittel 40 Zusatzpauschalen je Praxis bei Praxen, die diese GOPs abrechnen.

**Tab. 1: Praxen und Fälle  
mit Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie  
in den KVen Brandenburg und Nordrhein  
im 2. Quartal 2008**

Abrechnungs- gebiet	alle Praxen				darunter: Zusatzpauschalen abrechnend			
	Praxen	Fälle je Praxis	Fälle mit onkol. ZP je Praxis	Anteil der Fälle mit on- kol.ZP an allen Fällen je Praxis	Praxen	Fälle je Praxis	Fälle mit onkol. ZP je Praxis	Anteil der Fälle mit on- kol.ZP an allen Fällen je Praxis
Chirurgen	338	1.090	2	,2	66	1.265	9	,7
Frauenärzte	1166	1.424	33	2,3	1107	1.427	35	2,4
HNO-Ärzte	465	1.363	5	,3	327	1.427	7	,5
Hautärzte	361	1.926	35	1,8	310	1.928	40	2,1
Urologen	256	1.465	138	9,4	253	1.472	139	9,5
Innere Medi- zin, SP Gastroentero- logie	95	1.096	3	,3	21	1.089	13	1,2
Innere Medi- zin, SP Pneumologie	108	1.531	6	,4	63	1.597	11	,7
Mund-Kiefer- Gesichtschir- urgie	102	147	5	3,6	29	211	19	8,8

\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

©ZI/WIdO/InBA 2008

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

Auch gemessen am Leistungsbedarf hat die Abrechnung von onkologischen Zusatzpauschalen unter allen Fachgruppen bei Urologen das größte Gewicht. Im

Mittel resultiert 3,8 % des Leistungsbedarfs einer Praxis bei Urologen aus onkologischen Zusatzpauschalen (Tabelle 2).

**Tab. 2: Leistungsbedarf  
aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie  
in den KVen Brandenburg und Nordrhein  
im 2. Quartal 2008**

Abrechnungs- gebiet	alle Praxen				darunter: Zusatzpauschalen abrechnend			
	Praxen	Leistungs- bedarf* je Praxis	Leis- tungsbe- darf* für onkol. ZP je Praxis	Anteil des Leistungs- bedarfs* für onkol. ZP am Gesamt- leistungs- bedarf je Praxis (in %)	Praxen	Leistungs- bedarf* je Praxis	Leis- tungsbe- darf* für onkol. ZP je Praxis	Anteil des Leistungs- bedarfs* für onkol. ZP am Gesamt- leistungs- bedarf je Praxis (in %)
Chirurgen	338	2.023.527	923	,0	66	2.391.011	4.729	,2
Frauenärzte	1166	1.566.626	17.697	1,1	1107	1.572.048	18.640	1,2
HNO-Ärzte	465	1.542.108	2.551	,2	327	1.632.713	3.628	,2
Hautärzte	361	1.539.205	18.691	1,2	310	1.554.068	21.765	1,4
Urologen	256	1.948.176	74.328	3,8	253	1.957.457	75.209	3,8
Innere Medizin, SP Gastroente- rologie	95	2.740.539	1.512	,1	21	2.631.544	6.840	,3
Innere Medizin, SP Pneumologie	108	3.368.577	3.490	,1	63	3.593.689	5.983	,2
Mund-Kiefer- Gesichtschirur- gie	102	450.424	2.843	,6	29	730.868	9.999	1,4

\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

©ZI/WIdO/InBA 2008

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

Eine identische Verteilung ergibt sich bezogen auf den anteiligen Leistungsbedarf je Fall.

Auch hier entstammt 3,8 % des mittleren Leistungsbedarfs je Fall von Urologen der Abrechnung onkologischer Zusatzpauschalen (Tabelle 3).

**Tab. 3: Leistungsbedarf je Fall  
aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie  
in den KVen Brandenburg und Nordrhein  
im 2. Quartal 2008**

Abrechnungs- gebiet	alle Praxen			darunter: Zusatzpauschalen abrechnend		
	Leistungs- bedarf* je Fall	Leistungs- bedarf* für onkol. ZP je Fall**	Anteil des Leistungs- bedarfs* für onkol. ZP am Gesamt- leistungs- bedarf je Fall (in %)	Leistungs- bedarf* je Fall	Leistungs- bedarf* für onkol. ZP je Fall**	Anteil des Leistungs- bedarfs* für onkol. ZP am Gesamt- leistungs- bedarf je Fall (in %)
Chirurgen	1.857	1	,0	1.890	4	,2
Frauenärzte	1.100	12	1,1	1.102	13	1,2
HNO-Ärzte	1.131	2	,2	1.144	3	,2
Hautärzte	799	10	1,2	806	11	1,4
Urologen	1.330	51	3,8	1.330	51	3,8
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	2.501	1	,1	2.416	6	,3
Innere Medizin, SP Pneumologie	2.200	2	,1	2.250	4	,2
Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie	3.064	19	,6	3.458	47	1,4

\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

©ZI/WIdO/InBA 2008

\*\*Bezugsgröße alle Fälle dieser Praxen je Fachgruppe

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

Der Leistungsbedarf aus der Abrechnung onkologischer Zusatzpauschalen konzentriert sich je Fachgruppe auf eine relativ kleine Teilgruppe der Praxen, die diese Pauschalen abrechnen, wie aus den Histogrammen (Abb. 1-8) im Anhang zu entnehmen.

Das bedeutet, dass relativ viele Praxen, die onkologische Zusatzpauschalen abrechnen, dies in einem vergleichsweise geringen Umfang praktizieren.

# ***A N H A N G***





**Tab. 4: Praxen und Fälle mit Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie  
in den KVen Brandenburg und Nordrhein  
im 2. Quartal 2008**

Abrechnungs- gebiet	Praxen	Fälle je Praxis	Fälle mit onko- logischer ZP je Praxis	Anteil der Fälle mit onkologi- scher ZP an allen Fällen je Praxis
Chirurgen	66	1.265	9	,7
Frauenärzte	1107	1.427	35	2,4
HNO-Ärzte	327	1.427	7	,5
Hautärzte	310	1.928	40	2,1
Urologen	253	1.472	139	9,5
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	21	1.089	13	1,2
Innere Medizin, SP Pneumologie	63	1.597	11	,7
Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie	29	211	19	8,8

\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

©ZI/WIdO/InBA 2008

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein



**Tab. 5: Leistungsbedarf aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie  
bezogen auf Zusatzpauschalen abrechnende Praxen  
in den KVen Brandenburg und Nordrhein  
im 2. Quartal 2008**

Abrechnungs- gebiet	Leistungs- bedarf* je Praxis	Leistungs- bedarf* für onkologi- sche ZP je Praxis	Anteil des Leistungs- bedarfs* für onkologi- sche ZP am Gesamtleis- tungsbedarf je Praxis (in %)	Leistungs- bedarf* je Fall	Leistungs- bedarf* für onkologi- sche ZP je Fall**	Anteil des Leistungs- bedarfs* für onkologische ZP am Ge- samtleis- tungsbedarf je Fall (in %)
Chirurgen	2.391.011	4.729	,2	1.890	4	,2
Frauenärzte	1.572.048	18.640	1,2	1.102	13	1,2
HNO-Ärzte	1.632.713	3.628	,2	1.144	3	,2
Hautärzte	1.554.068	21.765	1,4	806	11	1,4
Urologen	1.957.457	75.209	3,8	1.330	51	3,8
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	2.631.544	6.840	,3	2.416	6	,3
Innere Medizin, SP Pneumologie	3.593.689	5.983	,2	2.250	4	,2
Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie	730.868	9.999	1,4	3.458	47	1,4

\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

©ZI/WIdO/InBA 2008

\*\*Bezugsgröße alle Fälle von Zusatzpauschalen abrechnenden Praxen je Fachgruppe

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein



**Tab. 6: Anteil von Fällen mit Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie bezogen auf alle Praxen in den KVen Brandenburg und Nordrhein i im 2. Quartal 2008**

Abrechnungs- gebiet		Praxen	Fälle je Praxis	Fälle mit onko- logischer ZP je Praxis	Anteil der Fälle mit onkologischer ZP an allen Fällen je Praxis
	Chirurgen	338	1.090	2	,2
	Frauenärzte	1166	1.424	33	2,3
	HNO-Ärzte	465	1.363	5	,3
	Hautärzte	361	1.926	35	1,8
	Urologen	256	1.465	138	9,4
	Innere Medizin, SP Gastroenterologie	95	1.096	3	,3
	Innere Medizin, SP Pneumologie	108	1.531	6	,4
	Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie	102	147	5	3,6

\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

©ZI/WIdO/InBA 2008

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

**Tab. 7: Leistungsbedarf aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie  
bezogen auf alle Praxen  
in den KVen Brandenburg und Nordrhein  
im 2. Quartal 2008**

Abrechnungs- gebiet	Leistungs- bedarf* je Praxis	Leistungs- bedarf* für onkologi- sche ZP je Praxis	Anteil des Leistungs- bedarfs* für onkologi- sche ZP am Ge- samtleis- tungsbe- darf je Praxis (in %)	Leistungs- bedarf* je Fall	Leistungs- bedarf* für onkologi- sche ZP je Fall**	Anteil des Leistungs- bedarfs* für onkologi- sche ZP am Ge- samtleis- tungsbe- darf je Fall (in %)
Chirurgen	2.023.527	923	,0	1.857	1	,0
Frauenärzte	1.566.626	17.697	1,1	1.100	12	1,1
HNO-Ärzte	1.542.108	2.551	,2	1.131	2	,2
Hautärzte	1.539.205	18.691	1,2	799	10	1,2
Urologen	1.948.176	74.328	3,8	1.330	51	3,8
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	2.740.539	1.512	,1	2.501	1	,1
Innere Medizin, SP Pneumologie	3.368.577	3.490	,1	2.200	2	,1
Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie	450.424	2.843	,6	3.064	19	,6

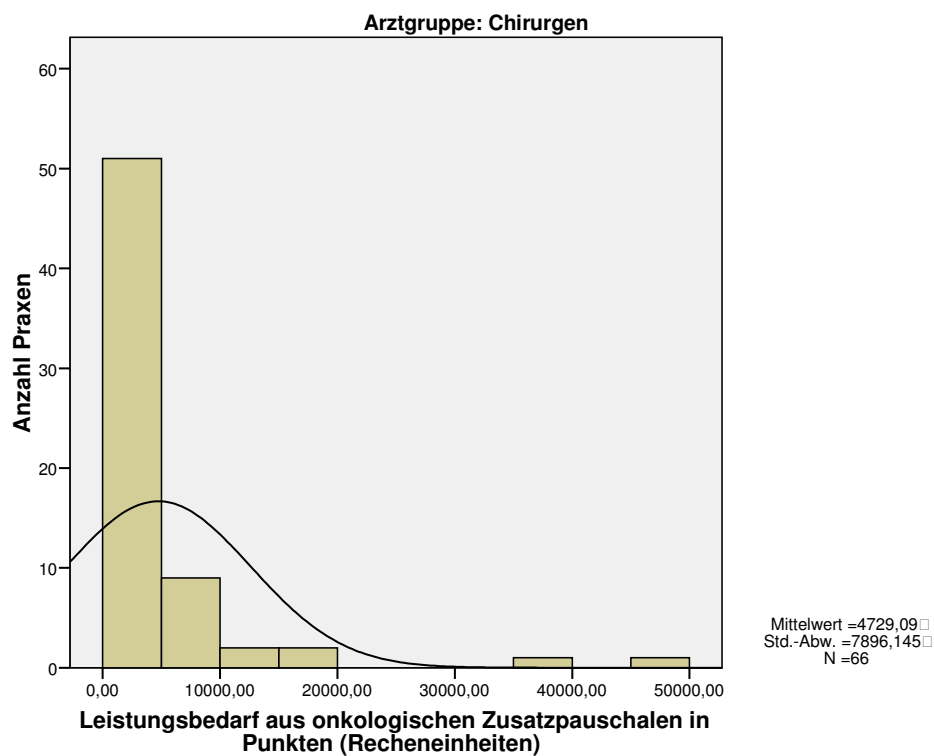
\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

©ZI/WIdO/InBA 2008

\*\*Bezugsgröße alle Fälle von allen Praxen je Fachgruppe

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

**Abb. 1:**  
**Verteilung des Leistungsbedarfs\* je Praxis**  
**aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie**  
**von Chirurgen**  
**in den KVen Brandenburg und Nordrhein**  
**im 2. Quartal 2008**

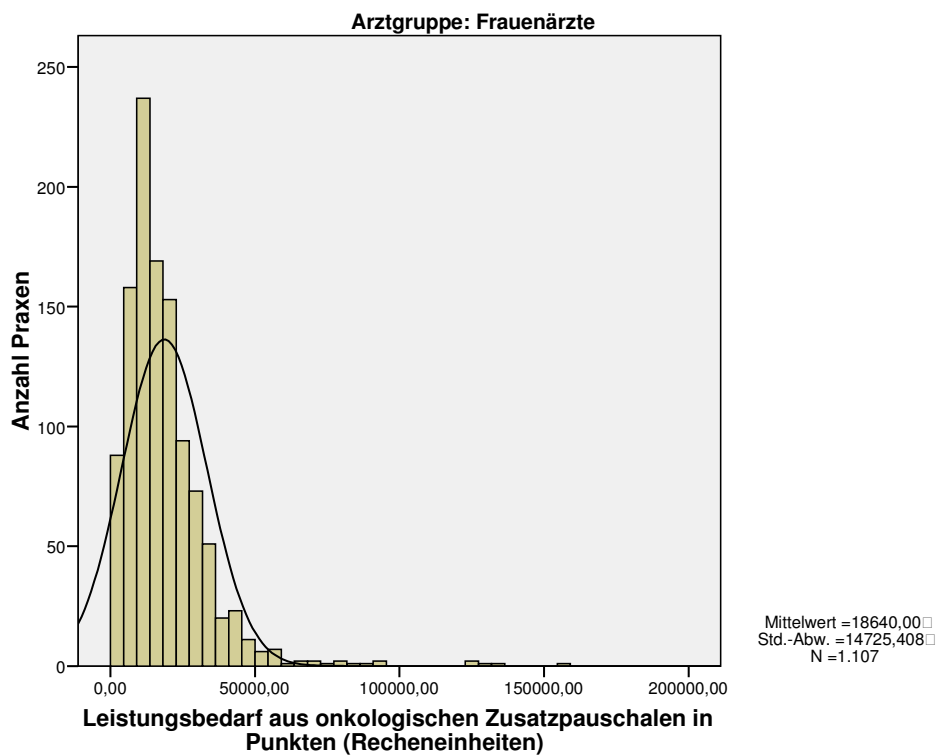


\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

©ZI/WIdO/InBA 2008

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

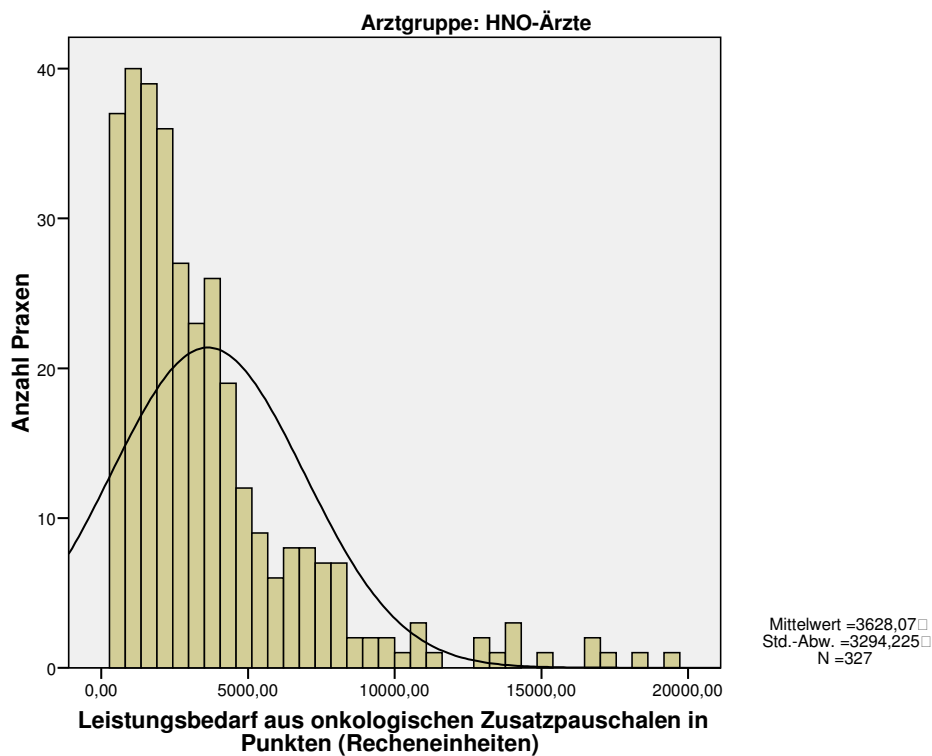
**Abb. 2:**  
**Verteilung des Leistungsbedarfs\* je Praxis**  
**aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie**  
**von Frauenärzten**  
**in den KVen Brandenburg und Nordrhein**  
**im 2. Quartal 2008**



\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)  
Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

©ZI/WIdO/InBA 2008

**Abb. 3:**  
**Verteilung des Leistungsbedarfs\* je Praxis**  
**aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie**  
**von HNO-Ärzten**  
**in den KVen Brandenburg und Nordrhein**  
**im 2. Quartal 2008**

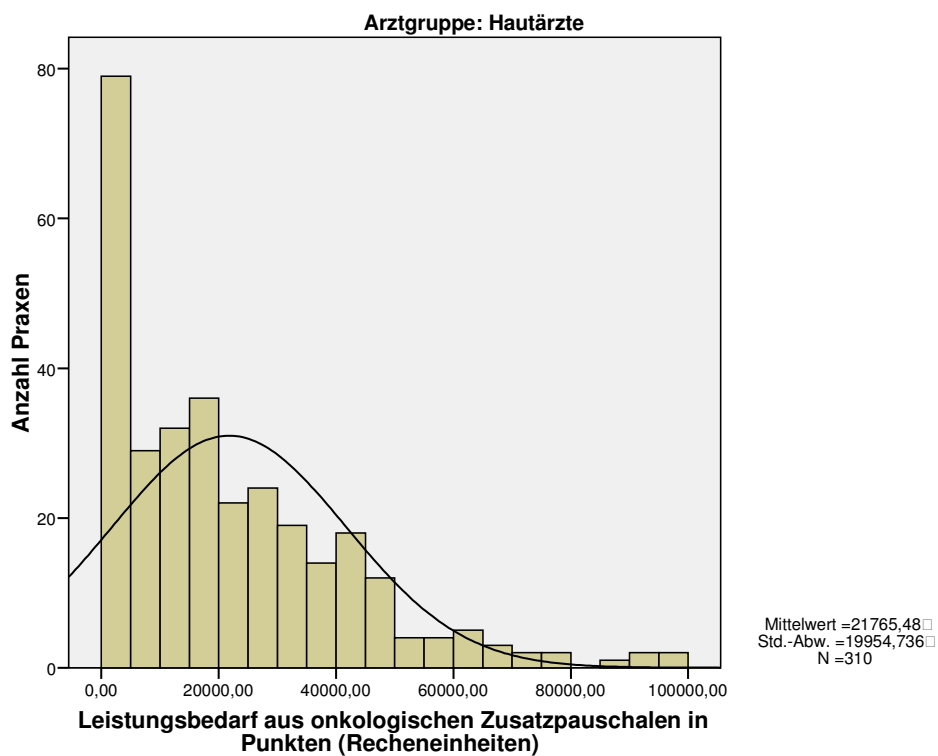


\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

©ZI/WIdO/InBA 2008

**Abb. 4:**  
**Verteilung des Leistungsbedarfs\* je Praxis**  
**aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie**  
**von Hautärzten**  
**in den KVen Brandenburg und Nordrhein**  
**im 2. Quartal 2008**



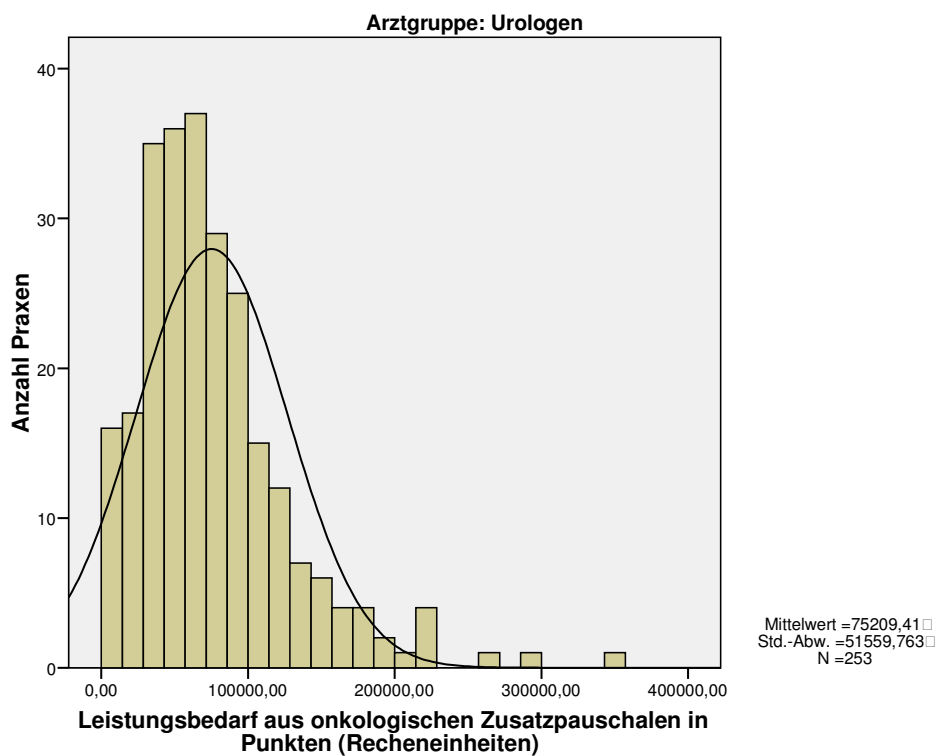
\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

©ZI/WIdO/InBA 2008



**Abb. 5:**  
**Verteilung des Leistungsbedarfs\* je Praxis**  
**aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie**  
**von Urologen**  
**n den KVen Brandenburg und Nordrhein**  
**im 2. Quartal 2008**

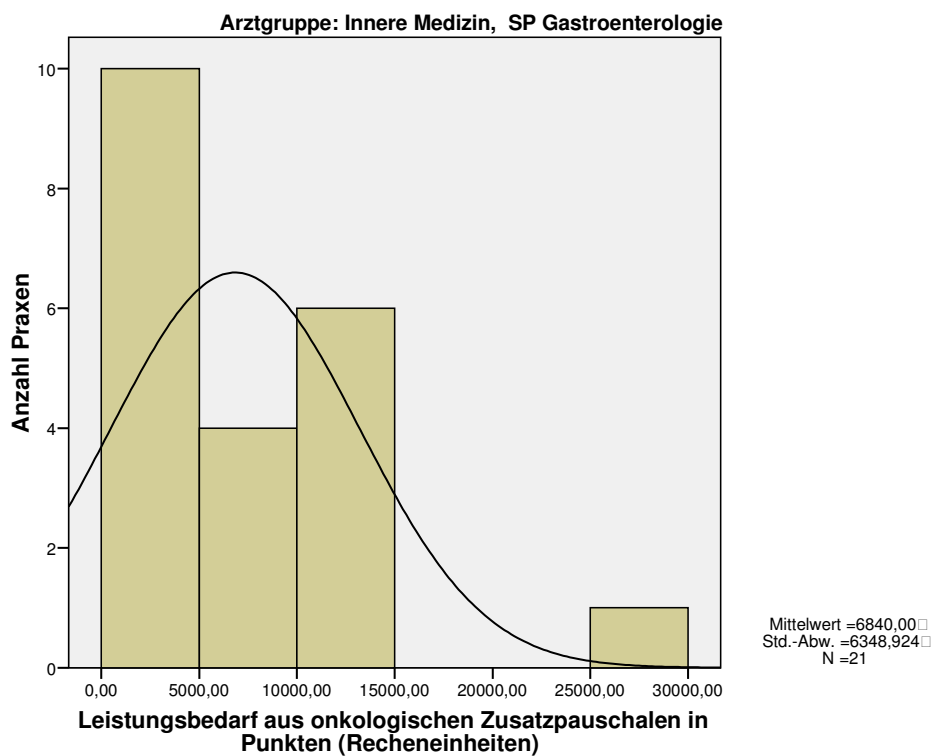


\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

©ZI/WIdO/InBA 2008

**Abb. 6:**  
**Verteilung des Leistungsbedarfs\* je Praxis**  
**aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie**  
**von Gastroenterologen**  
**in den KVen Brandenburg und Nordrhein**  
**im 2. Quartal 2008**

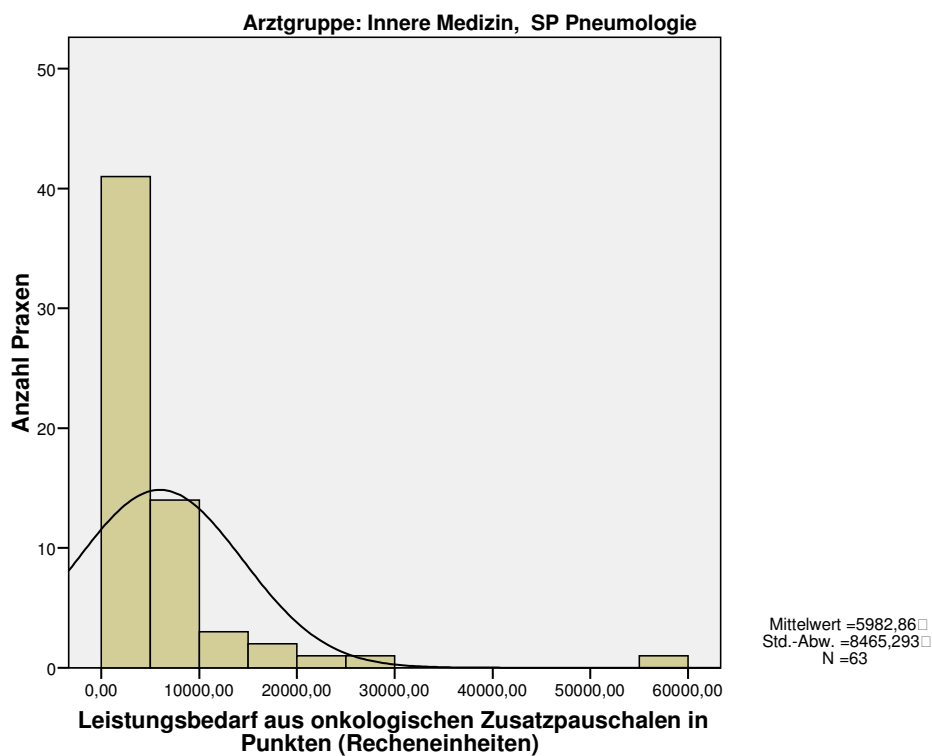


\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

©ZI/WIdO/InBA 2008

**Abb. 7:**  
**Verteilung des Leistungsbedarfs\* je Praxis**  
**aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie**  
**von Pneumologen**  
**in den KVen Brandenburg und Nordrhein**  
**im 2. Quartal 2008**

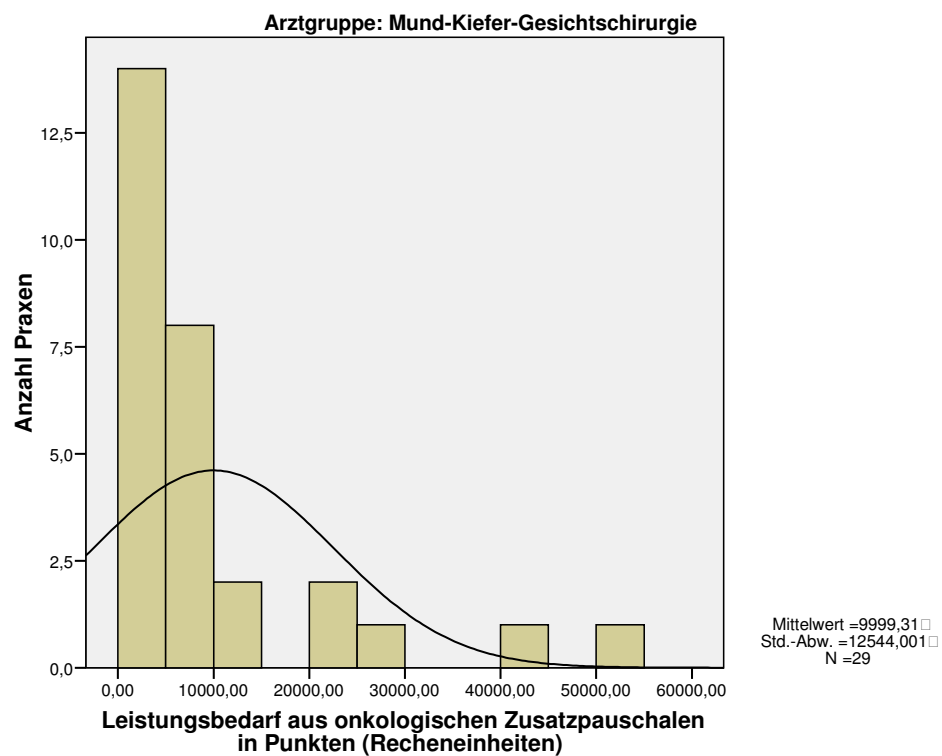


\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

©ZI/WIdO/InBA 2008

**Abb. 8:**  
**Verteilung des Leistungsbedarfs\* je Praxis**  
**aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie**  
**von Mund-/Kiefer-/Gesichtschirurgen**  
**in den KVen Brandenburg und Nordrhein**  
**im 2. Quartal 2008**



\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

©ZI/WIdO/InBA 2008

# **Anlage 6.3.3**

## 6.3 Zusatzpauschale Onkologie

Sonderauswertung Onkologische  
Zusatzpauschalen dritte Quartal 2008  
(Version 1.0 mit Stand 12.06.2009)

---

# EBM 2008

---

## Wissenschaftliche Begleitung zur Einführung des EBM 2008

### Zusatzpauschale Behandlung/Betreuung Onkologische Erkrankung

Sonderauswertung III/2008

Version 1.0

Stand: 12.06.2009

Institut des  
Bewertungsausschusses



WIdO

Wissenschaftliches  
Institut der AOK



ZENTRALINSTITUT  
für die kassenärztliche Versorgung  
in der Bundesrepublik Deutschland

---

Institut des Bewertungsausschusses  
Wilhelmstr. 138  
10963 Berlin  
Tel: 030 / 8145260-0  
FAX: 030 / 8145260-19

Wissenschaftliches Institut der AOK  
Rosenthaler Str. 31  
10178 Berlin  
Tel.: 030 /34646-2393  
FAX: 030 /34646-2144

ZENTRALINSTITUT  
Herbert-Lewin-Platz 3  
10623 Berlin  
Tel: 030 /4005-2400  
FAX: 030/39 49 37 39

## Inhalt

<b>1</b>	<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Hintergrund und Ziel.....</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Material und Methoden.....</b>	<b>4</b>
<b>4</b>	<b>Ergebnisse .....</b>	<b>4</b>

## 1 Zusammenfassung

Je Fachgruppe ist die Abrechnung von Zusatzpauschalen Onkologie mehr oder weniger verbreitet. Annähernd alle gynäkologischen und urologischen Praxen rechnen die betreffenden GOPs ab. Vergleichsweise eng umgrenzt ist die Gruppe der Zusatzpauschalen abrechnenden Praxen bei Gastroenterologen, Mund-Kieferchirurgen und Chirurgen.

Die höchste mittlere Fallzahl von onkologischen Zusatzpauschalen je Praxis ist bei Urologen sichtbar mit 136 bzw. 139, schränkt man auf die Pauschalenabrechnenden Praxen ein. Dahinter folgen Hautärzte mit im Mittel 39 Zusatzpauschalen je Praxis bei Praxen, die diese GOPs abrechnen.

Auch gemessen am Leistungsbedarf hat die Abrechnung von onkologischen Zusatzpauschalen unter allen Fachgruppen bei Urologen das größte Gewicht. Im Mittel resultiert 4,0 % des Leistungsbedarfs einer Praxis bei Urologen aus onkologischen Zusatzpauschalen.

Eine identische Verteilung ergibt sich bezogen auf den anteiligen Leistungsbedarf je Fall. Auch hier entstammt 4,0 % des mittleren Leistungsbedarfs je Fall von Urologen der Abrechnung onkologischer Zusatzpauschalen.

Der Leistungsbedarf aus der Abrechnung onkologischer Zusatzpauschalen konzentriert sich je Fachgruppe auf eine relativ kleine Teilgruppe der Praxen, die diese Pauschalen abrechnen. Das bedeutet, dass relativ viele Praxen, die onkologische Zusatzpauschalen abrechnen, dies in einem vergleichsweise geringen Umfang praktizieren.

## 2 Hintergrund und Ziel

Der Bewertungsausschuss hat im Beschluss zur 147. Sitzung als Untersuchungsgegenstand die "Zusatzpauschale Onkologie" in den Kapiteln 7, 8, 9, 10, 13, 15 und 26 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) genannt.

Unmittelbares Ziel dabei ist die Ermittlung der Größenordnung, mit welcher die Pauschalen je Fachgebiet und je Praxis abgerechnet werden. Mittelbares Ziel dabei ist es, Anhaltspunkte für einen möglichen Korrekturbedarf bei den Grundpauschalen im EBM zu gewinnen.



### 3 Material und Methoden

Nach Abstimmung einer entsprechenden Vorlage des Instituts des Bewertungsausschusses (InBA) vom 5.9.2008 wird ermittelt, wie häufig die Pauschalen je Fachgebiet und je Praxis abgerechnet werden. Ergänzend wird die Streuung der Leistungsintensität je Praxis berichtet. Die vorliegende Auswertung bezieht sich auf das Quartal III/2008.

Dazu wurden folgende Fachgruppen mit nachstehenden Gebührenordnungspositionen (GOP) für die Auswertung ausgewählt.

- Chirurgen (GOP 07345)
- Frauenärzte (GOP 08345)
- HNO-Ärzte (GOP 09345)
- Hautärzte (GOP 10345)
- Urologen (GOP 26315)
- Innere Medizin, SP Gastroenterologie (GOP 13435)
- Innere Medizin, SP Pneumologie (GOP 13675)
- Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (GOP 15345)

Die vorliegende Darstellung bezieht sich auf alle sowohl in 3/2007 und 3/2008 abrechnenden Praxen dieser Fachgruppen in Brandenburg und Nordrhein, darunter besonders diejenigen, welche die Zusatzpauschalen abgerechnet haben.

Entsprechend der InBA-Vorlage sind die Ergebnisse sowohl für alle Praxen der ausgewählten Fachgruppen als auch für die Teilgruppe aufgelistet, welche die Zusatzpauschalen abrechnete. Aus dieser Teilgruppe wurden einige wenige Praxen ausgeschlossen, die mehrere Zusatzpauschalen gleichzeitig abrechneten.

### 4 Ergebnisse

Die Kennzahlen für die Analyse folgen einem mit dem InBA abgestimmten Tabellenaufbau. Die entsprechenden Übersichten finden sich im Anhang dieser Darstellung (Tab. 4 bis 7).

Diesem ist zu entnehmen, dass je Fachgruppe die Abrechnung von Zusatzpauschalen Onkologie mehr oder weniger verbreitet ist. Annähernd alle gynäkologischen und urologischen Praxen rechnen die betreffenden GOPs ab (Tab. 1).

Vergleichsweise eng umgrenzt ist die Gruppe der Zusatzpauschalen abrechnenden Praxen bei Gastroenterologen, Mund-Kieferchirurgen und Chirurgen.

Die höchste mittlere Fallzahl von onkologischen Zusatzpauschalen je Praxis ist bei Urologen sichtbar mit 136 bzw. 139, schränkt man auf die Pauschalenabrechnenden Praxen ein. Dahinter folgen Hautärzte mit im Mittel 39 Zusatzpauschalen je Praxis bei Praxen, die diese GOPs abrechnen.

**Tab. 1: Praxen und Fälle  
mit Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie  
in den KVen Brandenburg und Nordrhein  
im 3. Quartal 2008**

Abrechnungs- gebiet	alle Praxen				darunter: Zusatzpauschalen abrechnend			
	Praxen	Fälle je Praxis	Fälle mit onkol. ZP je Praxis	Anteil der Fälle mit on- kol.ZP an allen Fällen je Praxis	Praxen	Fälle je Praxis	Fälle mit onkol. ZP je Praxis	Anteil der Fälle mit on- kol.ZP an allen Fällen je Praxis
Chirurgen	338	1.066	2	,2	67	1.221	8	,7
Frauenärzte	1157	1.338	32	2,4	1101	1.357	34	2,5
HNO-Ärzte	465	1.256	5	,4	325	1.306	7	,5
Hautärzte	360	1.822	33	1,8	305	1.851	39	2,1
Urologen	253	1.382	136	9,9	249	1.390	139	10,0
Innere Medi- zin, SP Gastroentero- logie	92	996	2	,2	20	1.025	7	,7
Innere Medi- zin, SP Pneumologie	108	1.416	6	,4	54	1.418	11	,8
Mund-Kiefer- Gesichtschir- urgie	101	140	5	3,7	25	213	21	9,9

\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

©ZI/WIdO/InBA 2009

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

Auch gemessen am Leistungsbedarf hat die Abrechnung von onkologischen Zusatzpauschalen unter allen Fachgruppen bei Urologen das größte Gewicht. Im Mittel resultiert 4,0 % des Leistungsbedarfs einer Praxis bei Urologen aus onkologischen Zusatzpauschalen (Tabelle 2).

**Tab. 2: Leistungsbedarf  
aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie  
in den KVen Brandenburg und Nordrhein  
im 3. Quartal 2008**

Abrechnungs- gebiet	alle Praxen				darunter: Zusatzpauschalen abrechnend			
	Praxen	Leistungs- bedarf* je Praxis	Leis- tungsbe- darf* für onkol. ZP je Praxis	Anteil des Leistungs- bedarfs* für onkol. ZP am Gesamt- leistungs- bedarf je Praxis (in %)	Praxen	Leistungs- bedarf* je Praxis	Leis- tungsbe- darf* für onkol. ZP je Praxis	Anteil des Leistungs- bedarfs* für onkol. ZP am Gesamt- leistungs- bedarf je Praxis (in %)
Chirurgen	338	1.929.584	866	,0	67	2.251.827	4.368	,2
Frauenärzte	1157	1.458.928	17.368	1,2	1101	1.470.604	18.252	1,2
HNO-Ärzte	465	1.410.745	2.601	,2	325	1.474.063	3.722	,3
Hautärzte	360	1.526.580	18.023	1,2	305	1.558.803	21.272	1,4
Urologen	253	1.826.330	73.700	4,0	249	1.833.144	74.884	4,1
Innere Medizin, SP Gastroente- rologie	92	2.493.766	869	,0	20	2.536.511	3.996	,2
Innere Medizin, SP Pneumologie	108	3.120.217	2.975	,1	54	3.224.957	5.950	,2
Mund-Kiefer- Gesichtschirur- gie	101	428.235	2.828	,7	25	736.787	11.426	1,6

\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

©ZI/WIdO/InBA 2009

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

Eine identische Verteilung ergibt sich bezogen auf den anteiligen Leistungsbedarf je Fall.

Auch hier entstammt 4,0 % des mittleren Leistungsbedarfs je Fall von Urologen der Abrechnung onkologischer Zusatzpauschalen (Tabelle 3).

**Tab. 3: Leistungsbedarf je Fall  
aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie  
in den KVen Brandenburg und Nordrhein  
im 3. Quartal 2008**

Abrechnungs- gebiet	alle Praxen			darunter: Zusatzpauschalen abrechnend		
	Leistungs- bedarf* je Fall	Leistungs- bedarf* für onkol. ZP je Fall**	Anteil des Leistungs- bedarfs* für onkol. ZP am Gesamt- leistungs- bedarf je Fall (in %)	Leistungs- bedarf* je Fall	Leistungs- bedarf* für onkol. ZP je Fall**	Anteil des Leistungs- bedarfs* für onkol. ZP am Gesamt- leistungs- bedarf je Fall (in %)
Chirurgen	1.810	1	,0	1.845	4	,2
Frauenärzte	1.091	13	1,2	1.084	13	1,2
HNO-Ärzte	1.123	2	,2	1.129	3	,3
Hautärzte	838	10	1,2	842	11	1,4
Urologen	1.321	53	4,0	1.318	54	4,1
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	2.505	1	,0	2.475	4	,2
Innere Medizin, SP Pneumologie	2.204	2	,1	2.274	4	,2
Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie	3.060	20	,7	3.458	54	1,6

\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

©ZI/WIdO/InBA 2009

\*\*Bezugsgröße alle Fälle dieser Praxen je Fachgruppe

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

Der Leistungsbedarf aus der Abrechnung onkologischer Zusatzpauschalen konzentriert sich je Fachgruppe auf eine relativ kleine Teilgruppe der Praxen, die diese Pauschalen abrechnen, wie aus den Histogrammen (Abb. 1-8) im Anhang zu entnehmen.

Das bedeutet, dass relativ viele Praxen, die onkologische Zusatzpauschalen abrechnen, dies in einem vergleichsweise geringen Umfang praktizieren.

# ***A N H A N G***



**Tab. 4: Praxen und Fälle mit Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie  
in den KVen Brandenburg und Nordrhein  
im 3. Quartal 2008**

Abrechnungs- gebiet	Praxen	Fälle je Praxis	Fälle mit onko- logischer ZP je Praxis	Anteil der Fälle mit onkologi- scher ZP an allen Fällen je Praxis
Chirurgen	67	1.221	8	,7
Frauenärzte	1101	1.357	34	2,5
HNO-Ärzte	325	1.306	7	,5
Hautärzte	305	1.851	39	2,1
Urologen	249	1.390	139	10,0
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	20	1.025	7	,7
Innere Medizin, SP Pneumologie	54	1.418	11	,8
Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie	25	213	21	9,9

\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

©ZI/WIdO/InBA 2009

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

**Tab. 5: Leistungsbedarf aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie  
bezogen auf Zusatzpauschalen abrechnende Praxen  
in den KVen Brandenburg und Nordrhein  
im 3. Quartal 2008**

Abrechnungs- gebiet	Leistungs- bedarf* je Praxis	Leistungs- bedarf* für onkologi- sche ZP je Praxis	Anteil des Leistungs- bedarfs* für onkologi- sche ZP am Gesamtleis- tungsbedarf je Praxis (in %)	Leistungs- bedarf* je Fall	Leistungs- bedarf* für onkologi- sche ZP je Fall**	Anteil des Leistungsbe- darfs* für onkologische ZP am Ge- samtleis- tungsbedarf je Fall (in %)
Chirurgen	2.251.827	4.368	,2	1.845	4	,2
Frauenärzte	1.470.604	18.252	1,2	1.084	13	1,2
HNO-Ärzte	1.474.063	3.722	,3	1.129	3	,3
Hautärzte	1.558.803	21.272	1,4	842	11	1,4
Urologen	1.833.144	74.884	4,1	1.318	54	4,1
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	2.536.511	3.996	,2	2.475	4	,2
Innere Medizin, SP Pneumologie	3.224.957	5.950	,2	2.274	4	,2
Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie	736.787	11.426	1,6	3.458	54	1,6

\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

©ZI/WIdO/InBA 2009

\*\*Bezugsgröße alle Fälle von Zusatzpauschalen abrechnenden Praxen je Fachgruppe

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

**Tab. 6: Anteil von Fällen mit Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie  
bezogen auf alle Praxen  
in den KVen Brandenburg und Nordrhein i  
im 3. Quartal 2008**

Abrechnungs- gebiet		Praxen	Fälle je Praxis	Fälle mit onko- logischer ZP je Praxis	Anteil der Fälle mit onkologischer ZP an allen Fällen je Praxis
	Chirurgen	338	1.066	2	,2
	Frauenärzte	1157	1.338	32	2,4
	HNO-Ärzte	465	1.256	5	,4
	Hautärzte	360	1.822	33	1,8
	Urologen	253	1.382	136	9,9
	Innere Medizin, SP Gastroenterologie	92	996	2	,2
	Innere Medizin, SP Pneumologie	108	1.416	6	,4
	Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie	101	140	5	3,7

\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

©ZI/WIdO/InBA 2009

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein



**Tab. 7: Leistungsbedarf aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie  
bezogen auf alle Praxen  
in den KVen Brandenburg und Nordrhein  
im 3. Quartal 2008**

Abrechnungs- gebiet	Leistungs- bedarf* je Praxis	Leistungs- bedarf* für onkologi- sche ZP je Praxis	Anteil des Leistungs- bedarfs* für onkologi- sche ZP am Ge- samtleis- tungsbe- darf je Praxis (in %)	Leistungs- bedarf* je Fall	Leistungs- bedarf* für onkologi- sche ZP je Fall**	Anteil des Leistungs- bedarfs* für onkologi- sche ZP am Ge- samtleis- tungsbe- darf je Fall (in %)
Chirurgen	1.929.584	866	,0	1.810	1	,0
Frauenärzte	1.458.928	17.368	1,2	1.091	13	1,2
HNO-Ärzte	1.410.745	2.601	,2	1.123	2	,2
Hautärzte	1.526.580	18.023	1,2	838	10	1,2
Urologen	1.826.330	73.700	4,0	1.321	53	4,0
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	2.493.766	869	,0	2.505	1	,0
Innere Medizin, SP Pneumologie	3.120.217	2.975	,1	2.204	2	,1
Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie	428.235	2.828	,7	3.060	20	,7

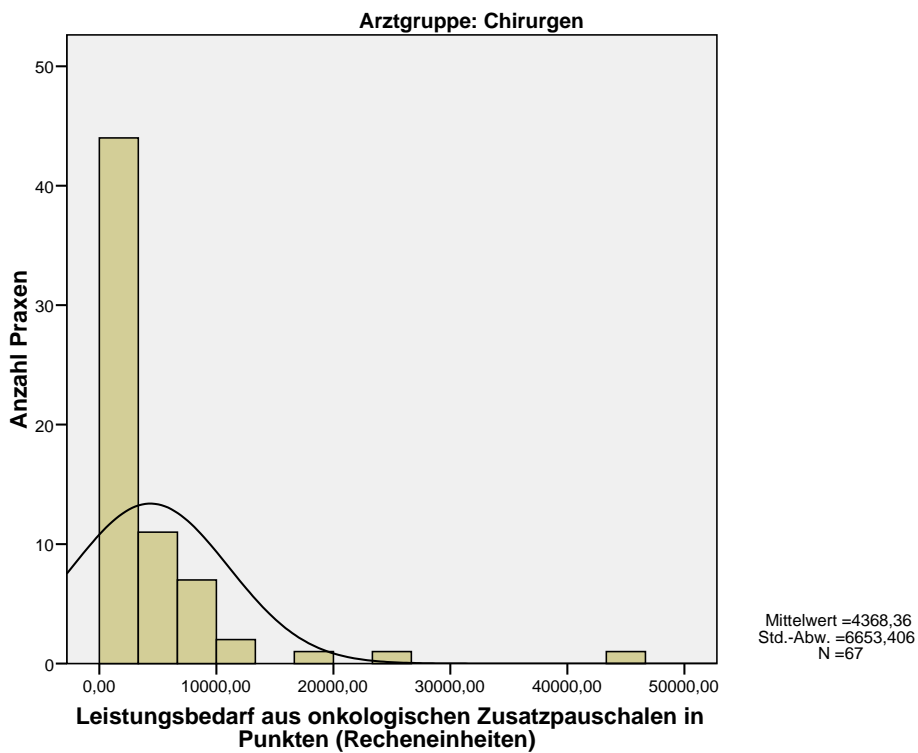
\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

©ZI/WIdO/InBA 2009

\*\*Bezugsgröße alle Fälle von allen Praxen je Fachgruppe

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

**Abb. 1:**  
**Verteilung des Leistungsbedarfs\* je Praxis**  
**aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie**  
**von Chirurgen**  
**in den KVen Brandenburg und Nordrhein**  
**im 3. Quartal 2008**

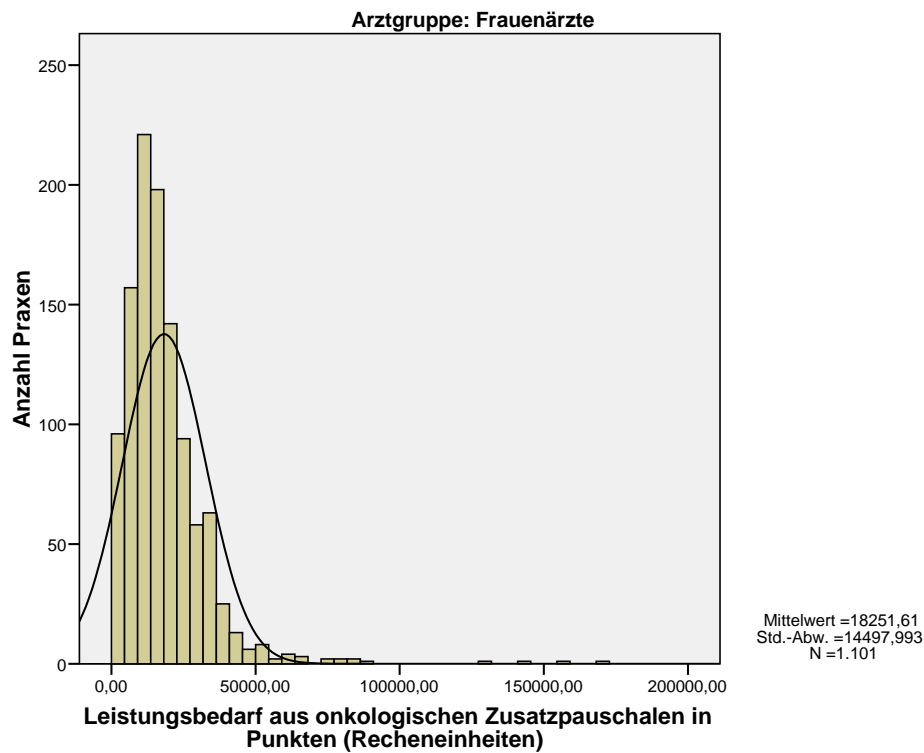


\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)  
 Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

©ZI/WIdO/InBA 2009



**Abb. 2:**  
**Verteilung des Leistungsbedarfs\* je Praxis**  
**aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie**  
**von Frauenärzten**  
**in den KVen Brandenburg und Nordrhein**  
**im 3. Quartal 2008**

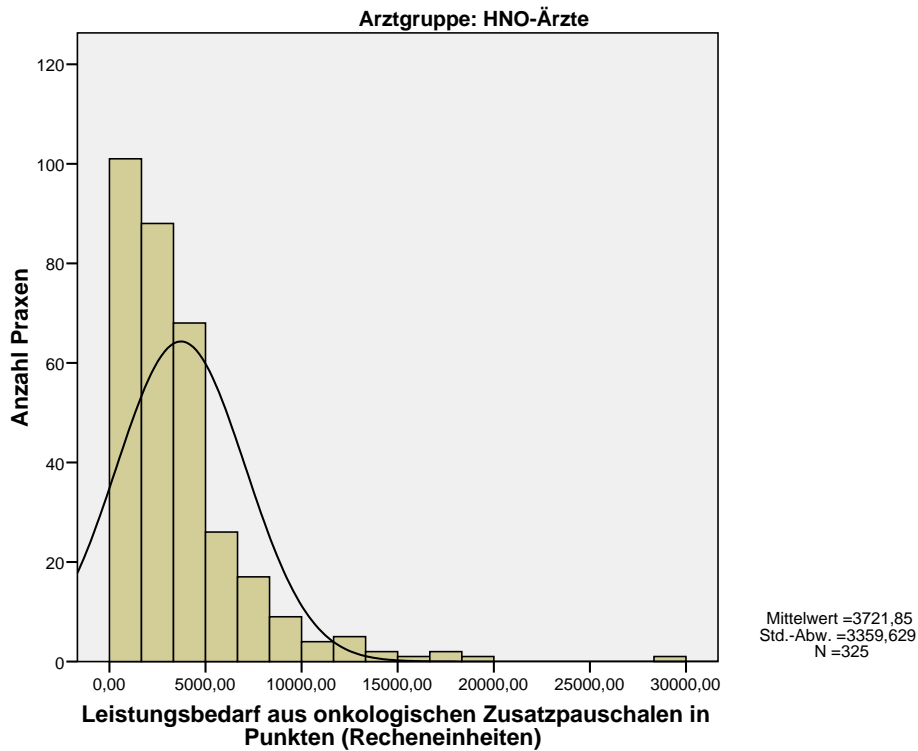


\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

©ZI/WIdO/InBA 2009

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

**Abb. 3:**  
**Verteilung des Leistungsbedarfs\* je Praxis**  
**aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie**  
**von HNO-Ärzten**  
**in den KVen Brandenburg und Nordrhein**  
**im 3. Quartal 2008**

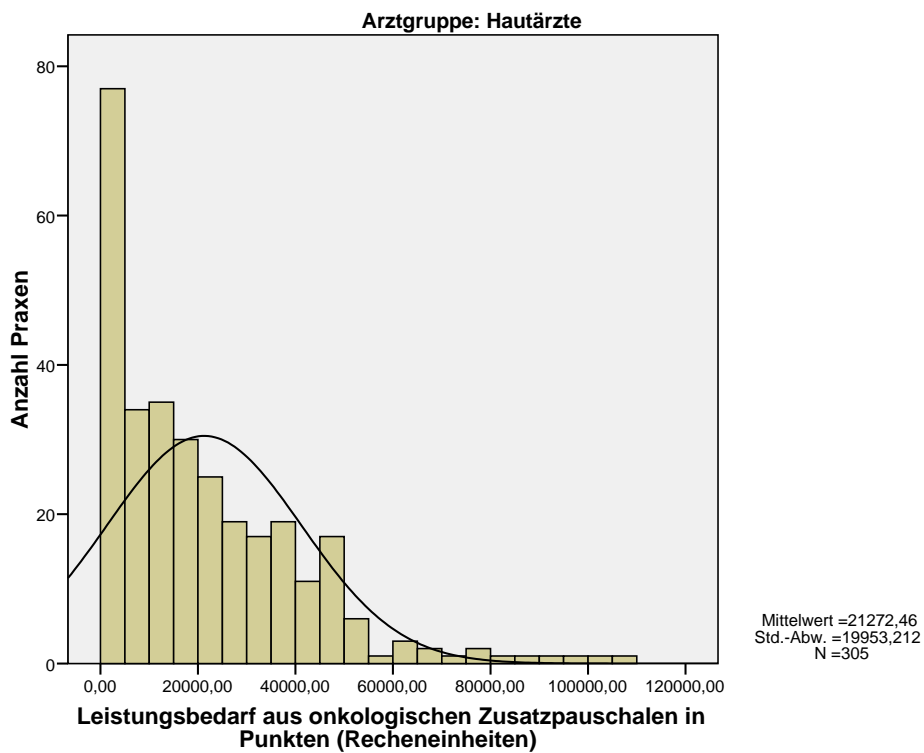


\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

©ZI/WIdO/InBA 2009

**Abb. 4:**  
**Verteilung des Leistungsbedarfs\* je Praxis**  
**aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie**  
**von Hautärzten**  
**in den KVen Brandenburg und Nordrhein**  
**im 3. Quartal 2008**

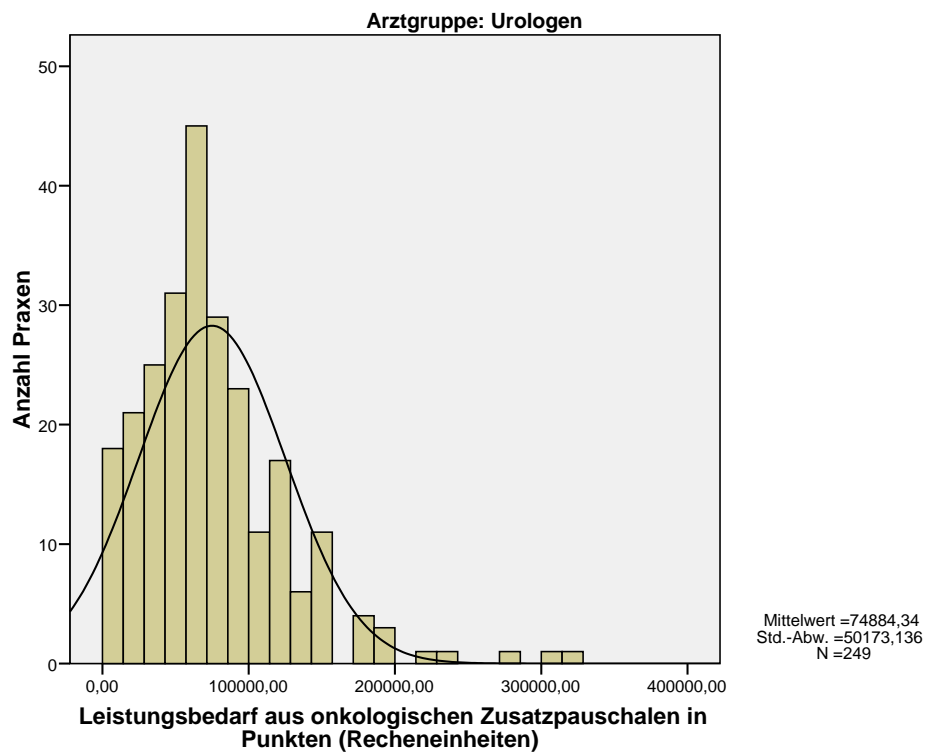


\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

©ZI/WIdO/InBA 2009

**Abb. 5:**  
**Verteilung des Leistungsbedarfs\* je Praxis**  
**aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie**  
**von Urologen**  
**in den KVen Brandenburg und Nordrhein**  
**im 3. Quartal 2008**

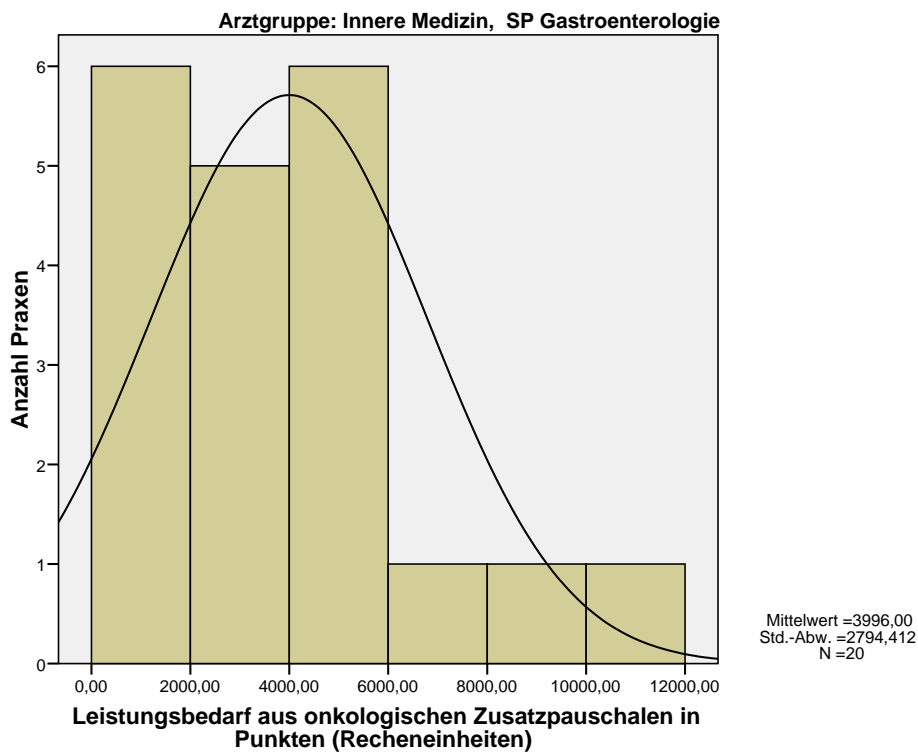


\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

©ZI/WIdO/InBA 2009

**Abb. 6:**  
**Verteilung des Leistungsbedarfs\* je Praxis**  
**aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie**  
**von Gastroenterologen**  
**in den KVen Brandenburg und Nordrhein**  
**im 3. Quartal 2008**

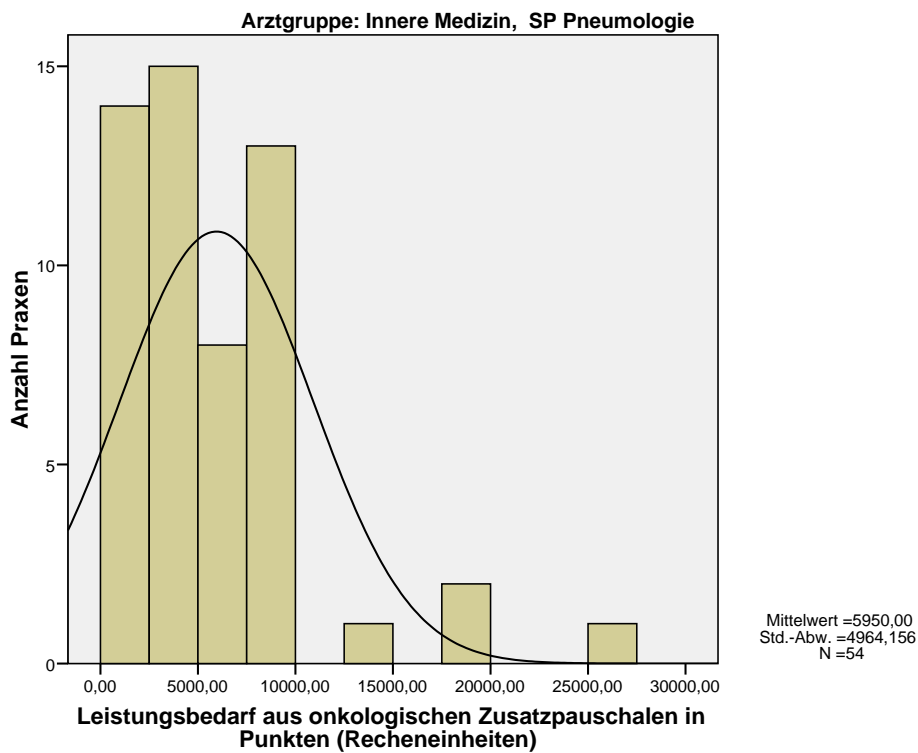


\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

©ZI/WIdO/InBA 2009

**Abb. 7:**  
**Verteilung des Leistungsbedarfs\* je Praxis**  
**aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie**  
**von Pneumologen**  
**in den KVen Brandenburg und Nordrhein**  
**im 3. Quartal 2008**



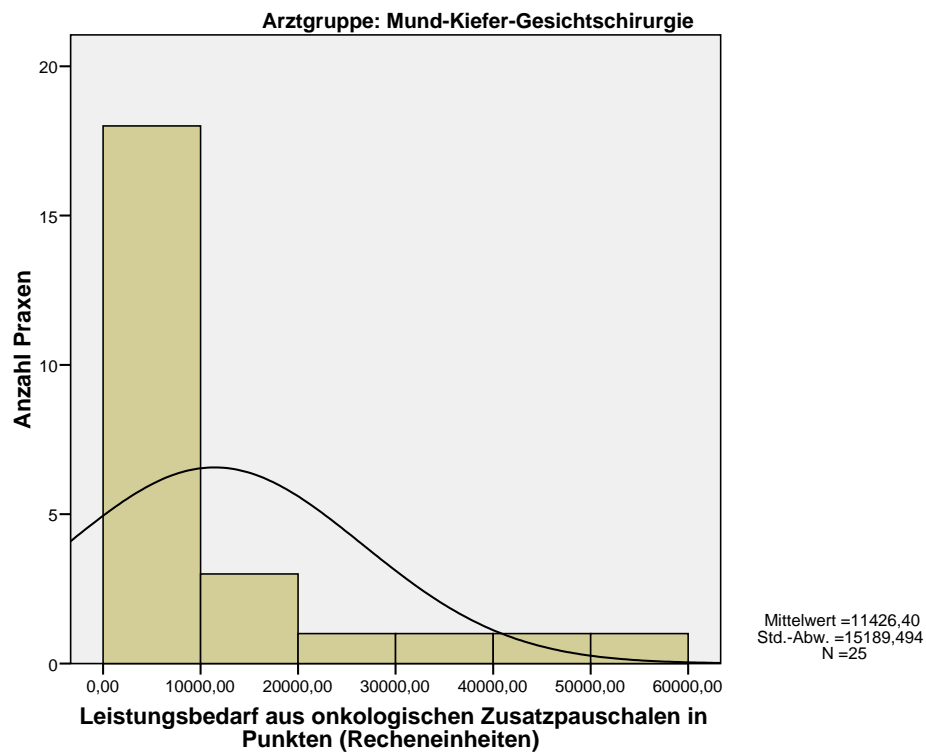
\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

©ZI/WIdO/InBA 2008



**Abb. 8:**  
**Verteilung des Leistungsbedarfs\* je Praxis**  
**aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie**  
**von Mund-/Kiefer-/Gesichtschirurgen**  
**in den KVen Brandenburg und Nordrhein**  
**im 3. Quartal 2008**



\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

©ZI/WIdO/InBA 2009

## **Anlage 6.3.4**

### 6.3 Zusatzpauschale Onkologie

Sonderauswertung Onkologische  
Zusatzpauschalen vierte Quartal 2008  
(Version 1.0 mit Stand 12.06.2009)

---

# EBM 2008

---

## Wissenschaftliche Begleitung zur Einführung des EBM 2008

### Zusatzpauschale Behandlung/Betreuung Onkologische Erkrankung

Sonderauswertung IV/2008

Version 1.0

Stand: 12.06.2009

Institut des  
Bewertungsausschusses



WIdO Wissenschaftliches  
Institut der AOK



ZENTRALINSTITUT  
für die kassenärztliche Versorgung  
in der Bundesrepublik Deutschland

---

Institut des Bewertungsausschusses  
Wilhelmstr. 138  
10963 Berlin  
Tel: 030 / 8145260-0  
FAX: 030 / 8145260-19

Wissenschaftliches Institut der AOK  
Rosenthaler Str. 31  
10178 Berlin  
Tel.: 030 /34646-2393  
FAX: 030 /34646-2144

ZENTRALINSTITUT  
Herbert-Lewin-Platz 3  
10623 Berlin  
Tel: 030 /4005-2400  
FAX: 030/39 49 37 39

## Inhalt

<b>1</b>	<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Hintergrund und Ziel.....</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Material und Methoden.....</b>	<b>4</b>
<b>4</b>	<b>Ergebnisse .....</b>	<b>4</b>

## 1 Zusammenfassung

Je Fachgruppe ist die Abrechnung von Zusatzpauschalen Onkologie mehr oder weniger verbreitet. Annähernd alle gynäkologischen und urologischen Praxen rechnen die betreffenden GOPs ab. Vergleichsweise eng umgrenzt ist die Gruppe der Zusatzpauschalen abrechnenden Praxen bei Gastroenterologen, Mund-Kieferchirurgen und Chirurgen.

Die höchste mittlere Fallzahl von onkologischen Zusatzpauschalen je Praxis ist bei Urologen sichtbar mit 139 bzw. 142, schränkt man auf die Pauschalenabrechnenden Praxen ein. Dahinter folgen Hautärzte mit im Mittel 43 Zusatzpauschalen je Praxis bei Praxen, die diese GOPs abrechnen.

Auch gemessen am Leistungsbedarf hat die Abrechnung von onkologischen Zusatzpauschalen unter allen Fachgruppen bei Urologen das größte Gewicht. Im Mittel resultiert 3,8 % des Leistungsbedarfs einer Praxis bei Urologen aus onkologischen Zusatzpauschalen.

Eine identische Verteilung ergibt sich bezogen auf den anteiligen Leistungsbedarf je Fall. Auch hier entstammt 3,8 % des mittleren Leistungsbedarfs je Fall von Urologen der Abrechnung onkologischer Zusatzpauschalen.

Der Leistungsbedarf aus der Abrechnung onkologischer Zusatzpauschalen konzentriert sich je Fachgruppe auf eine relativ kleine Teilgruppe der Praxen, die diese Pauschalen abrechnen. Das bedeutet, dass relativ viele Praxen, die onkologische Zusatzpauschalen abrechnen, dies in einem vergleichsweise geringen Umfang praktizieren.

## 2 Hintergrund und Ziel

Der Bewertungsausschuss hat im Beschluss zur 147. Sitzung als Untersuchungsgegenstand die "Zusatzpauschale Onkologie" in den Kapiteln 7, 8, 9, 10, 13, 15 und 26 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) genannt.

Unmittelbares Ziel dabei ist die Ermittlung der Größenordnung, mit welcher die Pauschalen je Fachgebiet und je Praxis abgerechnet werden. Mittelbares Ziel dabei ist es, Anhaltspunkte für einen möglichen Korrekturbedarf bei den Grundpauschalen im EBM zu gewinnen.

### 3 Material und Methoden

Nach Abstimmung einer entsprechenden Vorlage des Instituts des Bewertungsausschusses (InBA) vom 5.9.2008 wird ermittelt, wie häufig die Pauschalen je Fachgebiet und je Praxis abgerechnet werden. Ergänzend wird die Streuung der Leistungsintensität je Praxis berichtet. Die vorliegende Auswertung bezieht sich auf das Quartal IV/2008.

Dazu wurden folgende Fachgruppen mit nachstehenden Gebührenordnungspositionen (GOP) für die Auswertung ausgewählt.

- Chirurgen (GOP 07345)
- Frauenärzte (GOP 08345)
- HNO-Ärzte (GOP 09345)
- Hautärzte (GOP 10345)
- Urologen (GOP 26315)
- Innere Medizin, SP Gastroenterologie (GOP 13435)
- Innere Medizin, SP Pneumologie (GOP 13675)
- Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (GOP 15345)

Die vorliegende Darstellung bezieht sich auf alle sowohl in 4/2007 und 4/2008 abrechnenden Praxen dieser Fachgruppen in Brandenburg und Nordrhein, darunter besonders diejenigen, welche die Zusatzpauschalen abgerechnet haben.

Entsprechend der InBA-Vorlage sind die Ergebnisse sowohl für alle Praxen der ausgewählten Fachgruppen als auch für die Teilgruppe aufgelistet, welche die Zusatzpauschalen abrechnete. Aus dieser Teilgruppe wurden einige wenige Praxen ausgeschlossen, die mehrere Zusatzpauschalen gleichzeitig abrechneten.

### 4 Ergebnisse

Die Kennzahlen für die Analyse folgen einem mit dem InBA abgestimmten Tabellenaufbau. Die entsprechenden Übersichten finden sich im Anhang dieser Darstellung (Tab. 4 bis 7).

Diesem ist zu entnehmen, dass je Fachgruppe die Abrechnung von Zusatzpauschalen Onkologie mehr oder weniger verbreitet ist. Annähernd alle gynäkologischen und urologischen Praxen rechnen die betreffenden GOPs ab (Tab. 1).

Vergleichsweise eng umgrenzt ist die Gruppe der Zusatzpauschalen abrechnenden Praxen bei Gastroenterologen, Mund-Kieferchirurgen und Chirurgen.

Die höchste mittlere Fallzahl von onkologischen Zusatzpauschalen je Praxis ist bei Urologen sichtbar mit 139 bzw. 142, schränkt man auf die Pauschalenabrechnenden Praxen ein. Dahinter folgen Hautärzte mit im Mittel 43 Zusatzpauschalen je Praxis bei Praxen, die diese GOPs abrechnen.

**Tab. 1: Praxen und Fälle  
mit Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie  
in den KVen Brandenburg und Nordrhein  
im 4. Quartal 2008**

Abrechnungs- gebiet	alle Praxen				darunter: Zusatzpauschalen abrechnend			
	Praxen	Fälle je Praxis	Fälle mit onkol. ZP je Praxis	Anteil der Fälle mit on- kol.ZP an allen Fällen je Praxis	Praxen	Fälle je Praxis	Fälle mit onkol. ZP je Praxis	Anteil der Fälle mit on- kol.ZP an allen Fällen je Praxis
Chirurgen	340	1.021	2	,2	73	1.128	8	,7
Frauenärzte	1158	1.373	34	2,5	1106	1.390	36	2,6
HNO-Ärzte	468	1.339	5	,4	335	1.409	8	,5
Hautärzte	364	1.791	36	2,0	307	1.813	43	2,4
Urologen	250	1.486	139	9,3	245	1.500	142	9,4
Innere Medi- zin, SP Gastroentero- logie	92	1.015	2	,2	20	1.059	9	,9
Innere Medi- zin, SP Pneumologie	107	1.489	6	,4	58	1.498	11	,7
Mund-Kiefer- Gesichtschir- urgie	100	145	6	4,5	29	189	22	11,8

\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

©ZI/WIdO/InBA 2009

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

Auch gemessen am Leistungsbedarf hat die Abrechnung von onkologischen Zusatzpauschalen unter allen Fachgruppen bei Urologen das größte Gewicht. Im Mittel resultiert 3,8 % des Leistungsbedarfs einer Praxis bei Urologen aus onkologischen Zusatzpauschalen (Tabelle 2).

**Tab. 2: Leistungsbedarf  
aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie  
in den KVen Brandenburg und Nordrhein  
im 4. Quartal 2008**

Abrechnungs- gebiet	alle Praxen				darunter: Zusatzpauschalen abrechnend			
	Praxen	Leistungs- bedarf* je Praxis	Leis- tungsbe- darf* für onkol. ZP je Praxis	Anteil des Leistungs- bedarfs* für onkol. ZP am Gesamt- leistungs- bedarf je Praxis (in %)	Praxen	Leistungs- bedarf* je Praxis	Leis- tungsbe- darf* für onkol. ZP je Praxis	Anteil des Leistungs- bedarfs* für onkol. ZP am Gesamt- leistungs- bedarf je Praxis (in %)
Chirurgen	340	1.946.064	955	,0	73	2.199.137	4.446	,2
Frauenärzte	1158	1.480.659	18.328	1,2	1106	1.485.180	19.190	1,3
HNO-Ärzte	468	1.514.945	2.918	,2	335	1.600.670	4.077	,3
Hautärzte	364	1.578.199	19.424	1,2	307	1.599.821	23.030	1,4
Urologen	250	1.948.543	74.885	3,8	245	1.966.702	76.413	3,9
Innere Medizin, SP Gastroente- rologie	92	2.521.382	1.109	,0	20	2.709.327	5.103	,2
Innere Medizin, SP Pneumologie	107	3.260.752	3.073	,1	58	3.366.125	5.670	,2
Mund-Kiefer- Gesichtschirur- gie	100	456.601	3.488	,8	29	663.804	12.029	1,8

\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

©ZI/WIdO/InBA 2009

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

Eine identische Verteilung ergibt sich bezogen auf den anteiligen Leistungsbedarf je Fall.

Auch hier entstammt 3,8 % des mittleren Leistungsbedarfs je Fall von Urologen der Abrechnung onkologischer Zusatzpauschalen (Tabelle 3).



**Tab. 3: Leistungsbedarf je Fall  
aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie  
in den KVen Brandenburg und Nordrhein  
im 4. Quartal 2008**

Abrechnungs- gebiet	alle Praxen			darunter: Zusatzpauschalen abrechnend		
	Leistungs- bedarf* je Fall	Leistungs- bedarf* für onkol. ZP je Fall**	Anteil des Leistungs- bedarfs* für onkol. ZP am Gesamt- leistungs- bedarf je Fall (in %)	Leistungs- bedarf* je Fall	Leistungs- bedarf* für onkol. ZP je Fall**	Anteil des Leistungs- bedarfs* für onkol. ZP am Gesamt- leistungs- bedarf je Fall (in %)
Chirurgen	1.905	1	,0	1.950	4	,2
Frauenärzte	1.079	13	1,2	1.069	14	1,3
HNO-Ärzte	1.132	2	,2	1.136	3	,3
Hautärzte	881	11	1,2	882	13	1,4
Urologen	1.311	50	3,8	1.311	51	3,9
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	2.484	1	,0	2.559	5	,2
Innere Medizin, SP Pneumologie	2.190	2	,1	2.246	4	,2
Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie	3.152	24	,8	3.505	64	1,8

\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

©ZI/WIdO/InBA 2009

\*\*Bezugsgröße alle Fälle dieser Praxen je Fachgruppe

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

Der Leistungsbedarf aus der Abrechnung onkologischer Zusatzpauschalen konzentriert sich je Fachgruppe auf eine relativ kleine Teilgruppe der Praxen, die diese Pauschalen abrechnen, wie aus den Histogrammen (Abb. 1-8) im Anhang zu entnehmen.

Das bedeutet, dass relativ viele Praxen, die onkologische Zusatzpauschalen abrechnen, dies in einem vergleichsweise geringen Umfang praktizieren.

# ***A N H A N G***



**Tab. 4: Praxen und Fälle mit Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie  
in den KVen Brandenburg und Nordrhein  
im 4. Quartal 2008**

Abrechnungs- gebiet	Praxen	Fälle je Praxis	Fälle mit onko- logischer ZP je Praxis	Anteil der Fälle mit onkologi- scher ZP an allen Fällen je Praxis
Chirurgen	73	1.128	8	,7
Frauenärzte	1106	1.390	36	2,6
HNO-Ärzte	335	1.409	8	,5
Hautärzte	307	1.813	43	2,4
Urologen	245	1.500	142	9,4
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	20	1.059	9	,9
Innere Medizin, SP Pneumologie	58	1.498	11	,7
Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie	29	189	22	11,8

\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

©ZI/WIdO/InBA 2009

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

**Tab. 5: Leistungsbedarf aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie  
bezogen auf Zusatzpauschalen abrechnende Praxen  
in den KVen Brandenburg und Nordrhein  
im 4. Quartal 2008**

Abrechnungs- gebiet	Leistungs- bedarf* je Praxis	Leistungs- bedarf* für onkologi- sche ZP je Praxis	Anteil des Leistungs- bedarfs* für onkologi- sche ZP am Gesamtleis- tungsbedarf je Praxis (in %)	Leistungs- bedarf* je Fall	Leistungs- bedarf* für onkologi- sche ZP je Fall**	Anteil des Leistungsbe- darfs* für onkologische ZP am Ge- samtleis- tungsbedarf je Fall (in %)
Chirurgen	2.199.137	4.446	,2	1.950	4	,2
Frauenärzte	1.485.180	19.190	1,3	1.069	14	1,3
HNO-Ärzte	1.600.670	4.077	,3	1.136	3	,3
Hautärzte	1.599.821	23.030	1,4	882	13	1,4
Urologen	1.966.702	76.413	3,9	1.311	51	3,9
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	2.709.327	5.103	,2	2.559	5	,2
Innere Medizin, SP Pneumologie	3.366.125	5.670	,2	2.246	4	,2
Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie	663.804	12.029	1,8	3.505	64	1,8

\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

©ZI/WIdO/InBA 2009

\*\*Bezugsgröße alle Fälle von Zusatzpauschalen abrechnenden Praxen je Fachgruppe

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

**Tab. 6: Anteil von Fällen mit Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie  
bezogen auf alle Praxen  
in den KVen Brandenburg und Nordrhein i  
im 4. Quartal 2008**

Abrechnungs- gebiet		Praxen	Fälle je Praxis	Fälle mit onko- logischer ZP je Praxis	Anteil der Fälle mit onkologischer ZP an allen Fällen je Praxis
	Chirurgen	340	1.021	2	,2
	Frauenärzte	1158	1.373	34	2,5
	HNO-Ärzte	468	1.339	5	,4
	Hautärzte	364	1.791	36	2,0
	Urologen	250	1.486	139	9,3
	Innere Medizin, SP Gastroenterologie	92	1.015	2	,2
	Innere Medizin, SP Pneumologie	107	1.489	6	,4
	Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie	100	145	6	4,5

\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

©ZI/WIdO/InBA 2009

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

**Tab. 7: Leistungsbedarf aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie  
bezogen auf alle Praxen  
in den KVen Brandenburg und Nordrhein  
im 4. Quartal 2008**

Abrechnungs- gebiet	Leistungs- bedarf* je Praxis	Leistungs- bedarf* für onkologi- sche ZP je Praxis	Anteil des Leistungs- bedarfs* für onkologi- sche ZP am Ge- samtleis- tungsbe- darf je Praxis (in %)	Leistungs- bedarf* je Fall	Leistungs- bedarf* für onkologi- sche ZP je Fall**	Anteil des Leistungs- bedarfs* für onkologi- sche ZP am Ge- samtleis- tungsbe- darf je Fall (in %)
Chirurgen	1.946.064	955	,0	1.905	1	,0
Frauenärzte	1.480.659	18.328	1,2	1.079	13	1,2
HNO-Ärzte	1.514.945	2.918	,2	1.132	2	,2
Hautärzte	1.578.199	19.424	1,2	881	11	1,2
Urologen	1.948.543	74.885	3,8	1.311	50	3,8
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	2.521.382	1.109	,0	2.484	1	,0
Innere Medizin, SP Pneumologie	3.260.752	3.073	,1	2.190	2	,1
Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie	456.601	3.488	,8	3.152	24	,8

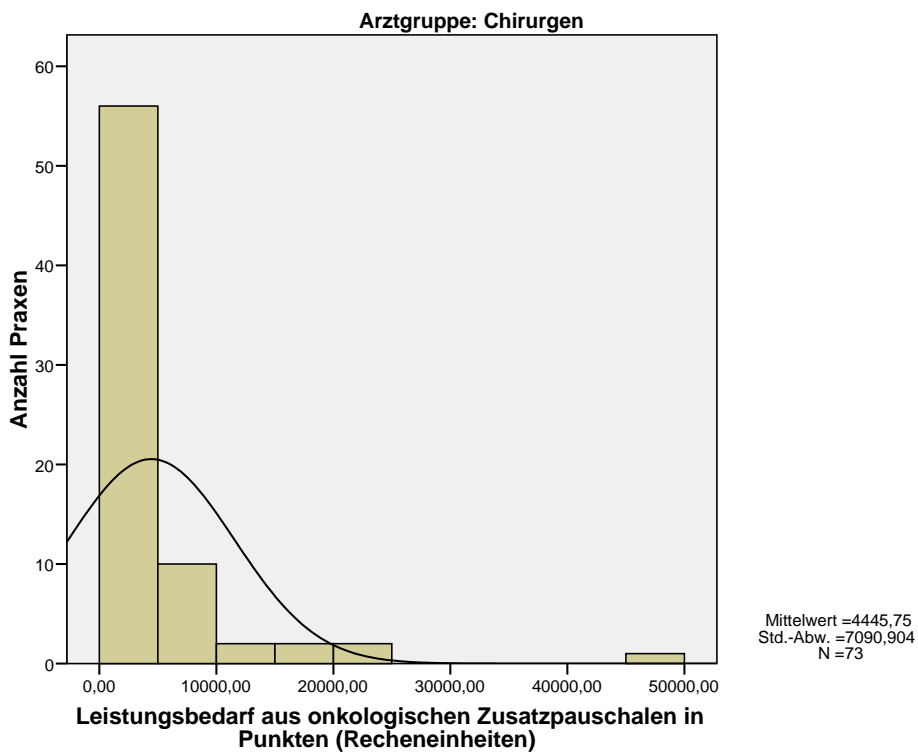
\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

©ZI/WIdO/InBA 2009

\*\*Bezugsgröße alle Fälle von allen Praxen je Fachgruppe

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

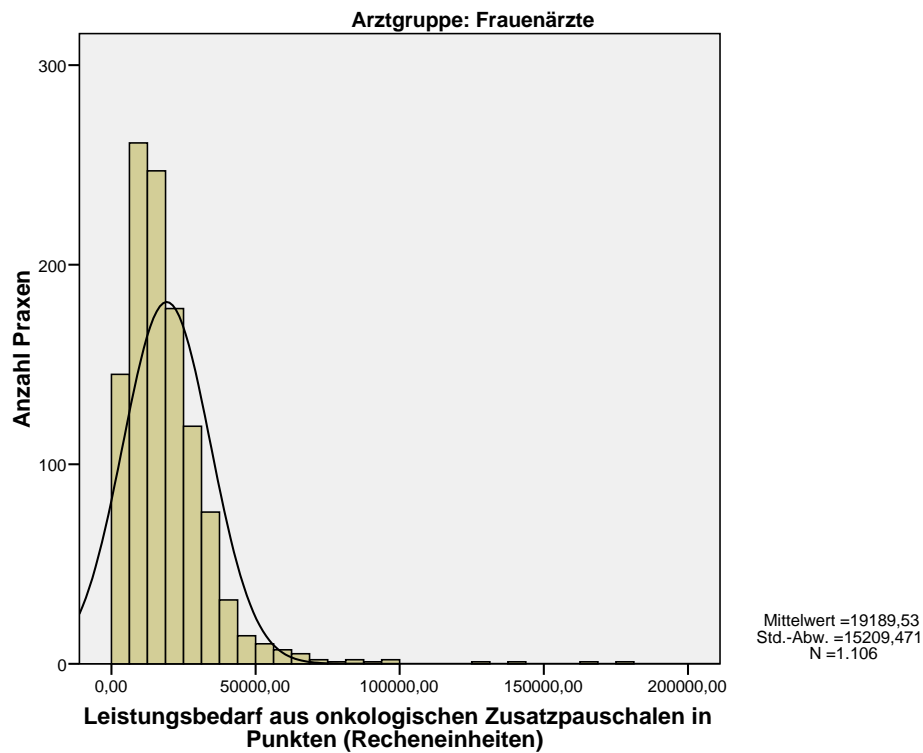
**Abb. 1:**  
**Verteilung des Leistungsbedarfs\* je Praxis**  
**aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie**  
**von Chirurgen**  
**in den KVen Brandenburg und Nordrhein**  
**im 4. Quartal 2008**



\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)  
 Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

©ZI/WIdO/InBA 2009

**Abb. 2:**  
**Verteilung des Leistungsbedarfs\* je Praxis**  
**aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie**  
**von Frauenärzten**  
**in den KVen Brandenburg und Nordrhein**  
**im 4. Quartal 2008**



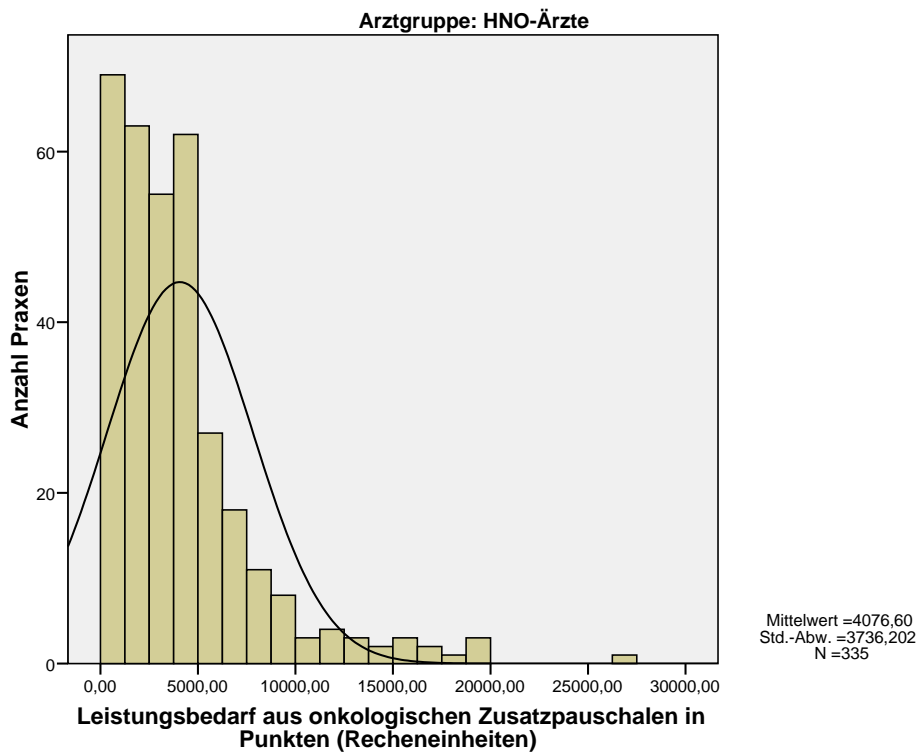
\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

©ZI/WIdO/InBA 2009

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein



**Abb. 3:**  
**Verteilung des Leistungsbedarfs\* je Praxis**  
**aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie**  
**von HNO-Ärzten**  
**in den KVen Brandenburg und Nordrhein**  
**im 4. Quartal 2008**

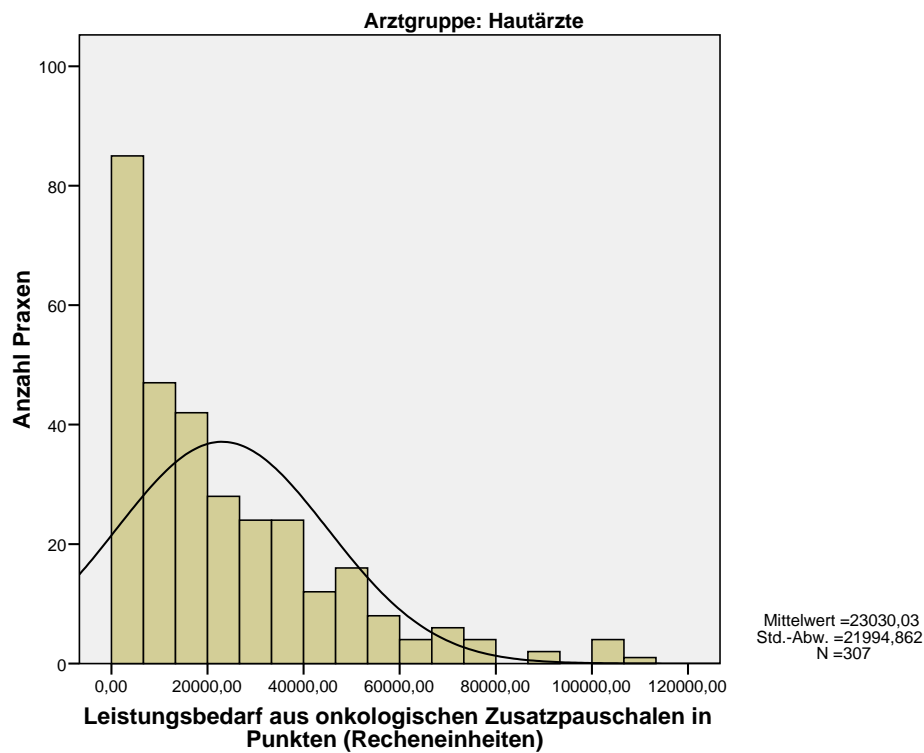


\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

©ZI/WIdO/InBA 2009

**Abb. 4:**  
**Verteilung des Leistungsbedarfs\* je Praxis**  
**aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie**  
**von Hautärzten**  
**in den KVen Brandenburg und Nordrhein**  
**im 4. Quartal 2008**

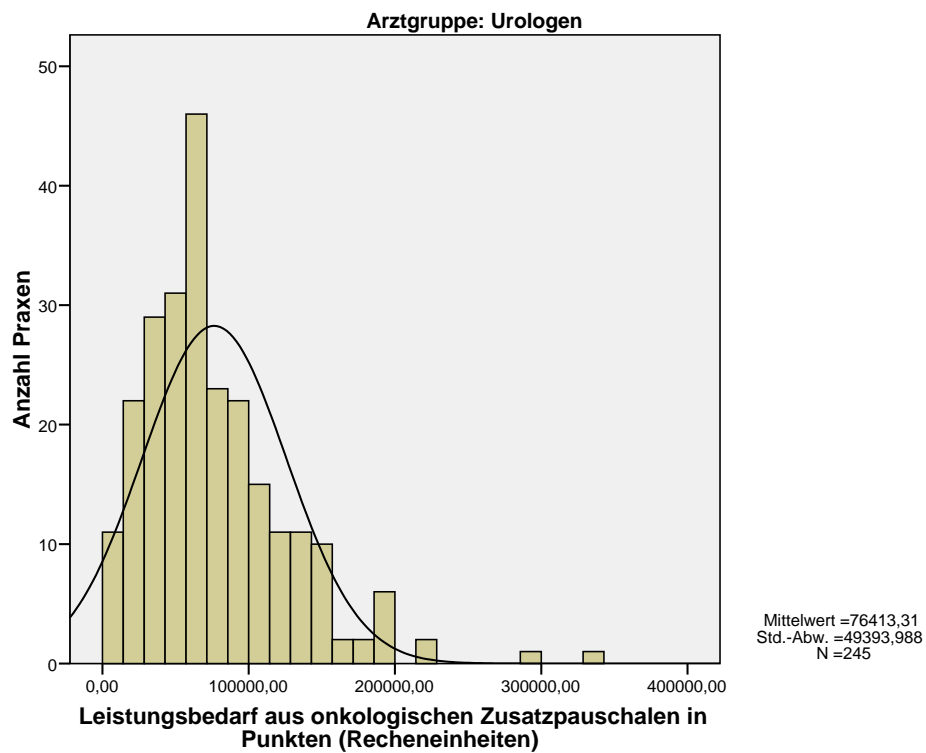


\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

©ZI/WIdO/InBA 2009

**Abb. 5:**  
**Verteilung des Leistungsbedarfs\* je Praxis**  
**aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie**  
**von Urologen**  
**in den KVen Brandenburg und Nordrhein**  
**im 4. Quartal 2008**

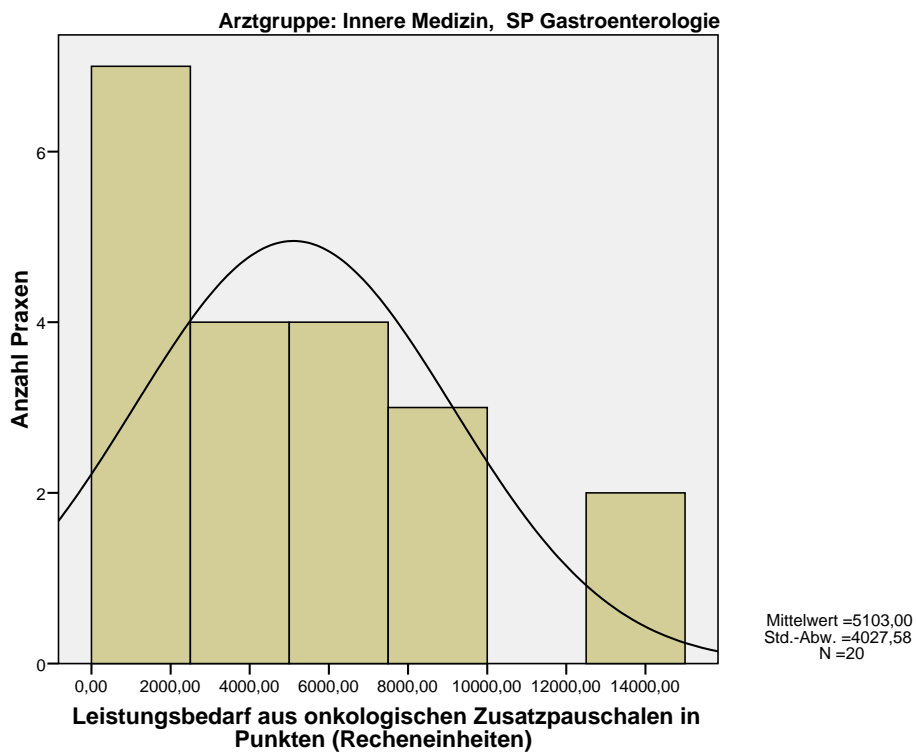


\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

©ZI/WIdO/InBA 2009

**Abb. 6:**  
**Verteilung des Leistungsbedarfs\* je Praxis**  
**aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie**  
**von Gastroenterologen**  
**in den KVen Brandenburg und Nordrhein**  
**im 4. Quartal 2008**

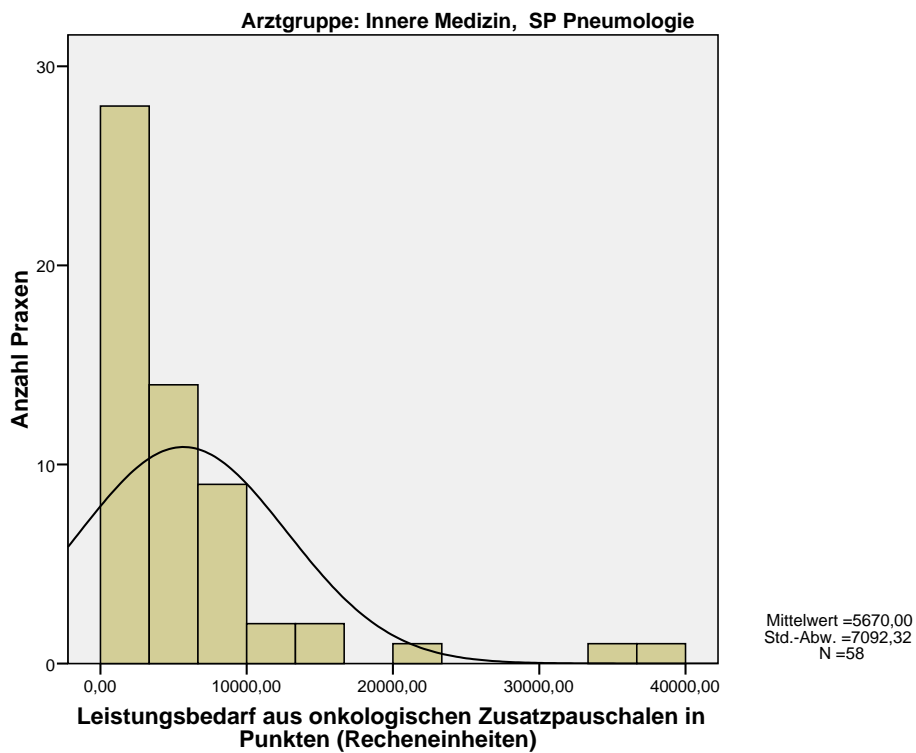


\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

©ZI/WIdO/InBA 2009

**Abb. 7:**  
**Verteilung des Leistungsbedarfs\* je Praxis**  
**aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie**  
**von Pneumologen**  
**in den KVen Brandenburg und Nordrhein**  
**im 4. Quartal 2008**



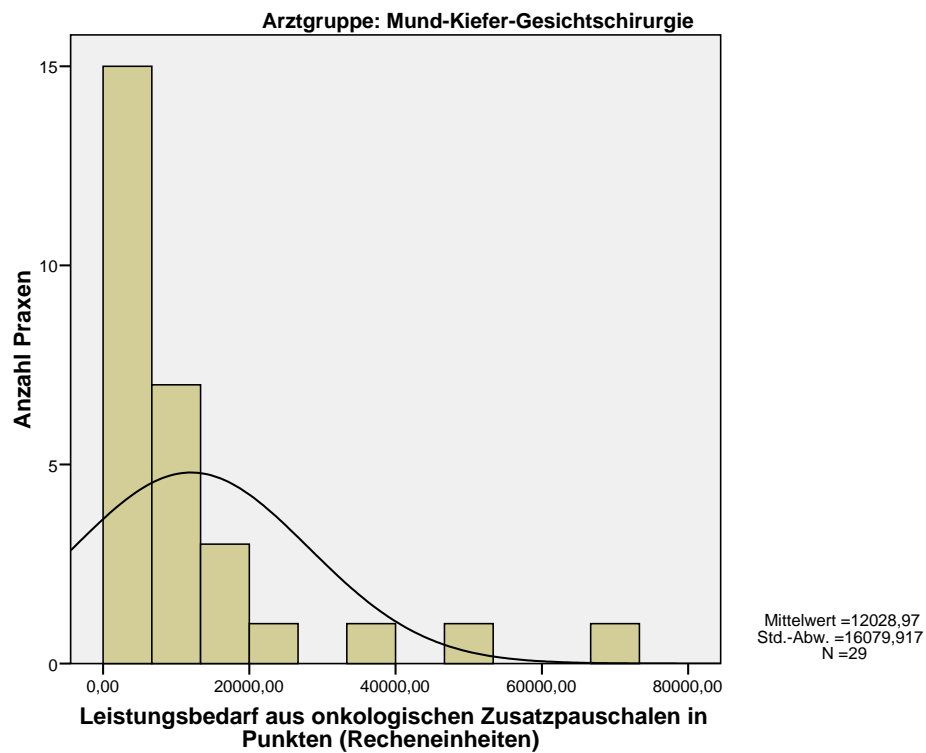
\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

©ZI/WIdO/InBA 2009

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein



**Abb. 8:**  
**Verteilung des Leistungsbedarfs\* je Praxis**  
**aus der Abrechnung Zusatzpauschalen Onkologie**  
**von Mund-/Kiefer-/Gesichtschirurgen**  
**in den KVen Brandenburg und Nordrhein**  
**im 4. Quartal 2008**



\*sachlich-rechnerisch richtig, in Punkten (Recheneinheiten)

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

©ZI/WIdO/InBA 2009

## **Anlage 6.4.1**

### 6.4 Sonderauswertung Strahlentherapeuten

Sonderauswertung Leistungsbedarfsentwicklung für zugelassene und ermächtigte Strahlentherapeuten mit Quartalsvergleich III.2008 zu III.2007 (Version 1.0 mit Stand 16.04.2009)



WIdO

Institut des  
Bewertungsausschusses



---

Begleitstudie

zur Einführung des EBM 2008

Modul 2a Komplettabrechnungsdaten

Sonderauswertung:

**Leistungsbedarfsentwicklung**

**für zugelassene und ermächtigte Strahlentherapeuten**

nach Eckwerten und Abschnitten (Leistungssegmenten) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM)  
in Brandenburg und Nordrhein

**Quartalsvergleich III/2008 zu III/2007**

Berlin, 16. April 2009 (*Version: 1.0*)

---

**Institut des Bewertungsausschusses**

Wilhelmstr. 138, 10963 Berlin - Tel.: +49 30 814 5260-0, Fax: 49 30 8145260-19 - E-mail: Reschke@Institut-BA.de

**Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)**

Rosenthaler Str. 31 - 10178 Berlin - Tel.: +49 30 34646-2393, Fax: +49 30 34646-2144 - E-mail: [wido@wido.bv.aok.de](mailto:wido@wido.bv.aok.de)

**Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland**

Herbert-Lewin-Platz 3 - 10623 Berlin - Tel.: +49 30 / 4005-2410, Fax: +49- 30/39 49 37 39 - E-mail: zi@kbv.de



**Tab. 1: Zugelassene und ermächtigte Strahlentherapeuten**  
 in Nordrhein und Brandenburg\* im Quartal III/2008 und im Vergleichsquartal des Vorjahres  
**- KENNZAHLEN -**

Kennzahlen	III/2007	III/2008	Veränderung III/08 zu III/07	
	absolut	absolut	absolut	in %
Fallzahl	4.922	5.251	329	6,7
Leistungsbedarf in Mio. Punkten (Recheneinheiten)	99,7	129,7	30,0	30,1
Leistungshäufigkeit in Tsd.	173,4	181,1	7,7	4,4
Leistungsbedarf in Punkten je Fall (Recheneinheiten)	20.257	24.704	4.447	22,0
Leistungshäufigkeit je 100 Fälle	3.523,4	3.448,5	-75,0	-2,1

*\*18 Praxen in beiden Vergleichszeiträumen*

**Tab. 2: Zugelassene und ermächtigte Strahlentherapeuten**  
in Nordrhein und Brandenburg\* im Quartal III/2008 und im Vergleichs Quartal des Vorjahres  
- LEISTUNGSBEDARF IN PUNKTEN NACH EBM-ABSCHNITTEN -

EBM-Abschnitte (Leistungssegmente)	Leistungsbedarf						Indikator „Fallpunktzahl“***		
	III/2007		III/2008		Veränderung III/08 zu III/07		Verteilungsrechnung		
	Mio. Punkte	in %	Mio. Punkte	in %	Mio. Punkte	in %	III/2007	III/2008	Veränd. in %
Konsiliarpauschale	4,74	4,8	4,83	3,7	,09	1,9	963,56	920,21	-4,5
Diagnostische und therapeutische Leistungen	64,97	65,2	92,93	71,6	27,96	43,0	13.199,50	17.697,29	34,1
Kleinchirurgie	,03	,0	,03	,0	,00	-5,1	5,37	4,78	-11,0
Notfalleleistungen, Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung	,03	,0	,04	,0	,01	55,3	5,49	7,98	45,5
Übrige arztgruppenübergreifende allgemeine GOP	,29	,3	,36	,3	,06	20,9	59,69	67,63	13,3
Laborleistungen	,15	,1	,16	,1	,02	12,9	29,49	31,21	5,8
Ultraschalldiagnostik	,01	,0	,01	,0	,00	-5,8	1,22	1,07	-11,7
Radiologisch-diagnostische Verfahren zur Bestrahlungsplanung	1,25	1,3	1,58	1,2	,33	26,2	254,24	300,70	18,3
Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sachkosten der Strahlentherapie	26,59	26,7	28,25	21,8	1,66	6,3	5.402,33	5.380,75	-,4
Übrige Kostenpauschalen	,64	,6	,38	,3	-,27	-41,3	130,82	71,99	-45,0
Sonstige GOP des EBM	,90	,9	1,12	,9	,22	24,3	183,11	213,40	16,5
KV-spezifische GOP	,11	,1	,04	,0	-,07	-65,0	21,94	7,20	-67,2
<b>GESAMT</b>	<b>99,70</b>	<b>100,0</b>	<b>129,72</b>	<b>100,0</b>	<b>30,02</b>	<b>30,1</b>	<b>20.256,75</b>	<b>24.704,23</b>	<b>22,0</b>

\*18 Praxen in beiden Vergleichszeiträumen

\*\*Punktzahl des Leistungssegmentes dividiert durch die Fallzahl der Fachgruppe im Quartal

Seite 3	<b>EBM 2008-Begleitstudie- Modul 2a: Komplettdatenanalyse</b> auf Basis sachlich-rechnerisch richtig gestellter Abrechnungsdaten aus den KV-Bereichen Nordrhein und Brandenburg
------------	---



## ANHANG

# Definition

## Leistungssegmentierung

### Ergänzende Hinweise:

KV-spezifische GOP bis 408055 sind Segmenten entsprechender bundeseinheitlicher GOP's zugeordnet.

*Segmentdefinition „KV-spezifische Gebührenordnungspositionen“: GOP > 40855 ohne codierte Zusatznummern.*

## Definition der Leistungssegmentierung für zugelassene und ermächtigte Strahlentherapeuten

Leistungssegment EBM 2008	GOP gemäß EBM 2008	GOP gemäß EBM 2007
Konsiliarpauschale	25210, 25211, 25213, 25214, 01310-01312	25210, 25211, 25213, 25214, 32000, 80110-80112, 80210, 01310-01312
Diagnostische und therapeutische Leistungen	25310-25342	25310-25342
Kleinchirurgie	02300-02360	02300-02360
Notfalleleistungen, Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung	01210, 01211, 01214-01222, 01414, 01416, 01422, 01424, 01430, 01435	01210, 01215-01218, 01220-01222, 01414, 01416, 01422, 01424, 01430
Übrige arztgruppenübergreifende allgemeine GOP	01610, 01611, 01620, 01621, 01950, 02100, 02101, 02200	01610, 01611, 01620, 01621, 01950, 02100, 02101, 02200
Laborleistungen	12210, 12225, 32001, 32030-32153, 32155-32863	12210, 12225, 32001, 32030-32153, 32155-32863
Ultraschalldiagnostik	33000-33092	33000-33092
Radiologisch-diagnostische Verfahren zur Bestrahlungsplanung	34360, 34460	34360, 34460
Übrige diagnostische und interventionelle Radiologie, CT und MRT	34210-34351, 34410-34452, 34470-34600	34210-34351, 34410-34452, 34470-34600
Belegärztliche Leistungen	36861, 36867	36861, 36867
Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sachkosten der Strahlentherapie	40840, 40841	40840
Übrige Kostenpauschalen	40100-40822, 40850-40855	40100-40822, 40850-40855
Sonstige GOP des EBM	„Restmenge“	„Restmenge“
KV-spezifische GOP	nur regional gültig	nur regional gültig

Ergänzungstabelle:  
**Zugelassene und ermächtigte Strahlentherapeuten in Nordrhein und Brandenburg  
im Quartal III/2008 und im Vergleichsquartal des Vorjahres**  
**- KENNZAHLEN -**

Kennzahlen	Zulassungsstatus							
	Zugelassen (8 Praxen)				Ermächtigt (10 Praxen)			
	III/2007	III/2008	Veränderung III/08-III/07		III/2007	III/2008	Veränderung III/08-III/07	
	absolut	absolut	absolut	in %	absolut	absolut	absolut	in %
Fallzahl	2.326	2.516	190	8,2	2.596,00	2.735,00	139	5,4
Leistungsbedarf in Mio. Punkten (Recheneinheiten)	46,3	56,5	10,1	21,9	53,4	73,3	19,9	37,3
Leistungsbedarf in Punkten (Recheneinheiten) je Fall	19.917	22.439	2.522,3	12,7	20.561	26.788	6.226,6	30,3

## **Anlage 6.4.2**

### **6.4 Sonderauswertung Strahlentherapeuten**

**Leistungsbedarfsstärkste Gebühren-  
nummern bei Strahlentherapeuten in  
III.2008 und III.2007  
(Version 1.0 mit Stand 20.04.2009)**

---

# EBM 2008

---

## Wissenschaftliche Begleitung zur Einführung des EBM 2008

### Leistungsbedarfsstärkste Gebührennummern bei Strahlentherapeuten

Sonderauswertung III/2008

Version 1.0

Stand: 20.04.2009

Institut des  
Bewertungsausschusses



WIdO Wissenschaftliches  
Institut der AOK



ZENTRALINSTITUT  
für die kassenärztliche Versorgung  
in der Bundesrepublik Deutschland

---

Institut des Bewertungsausschusses  
Wilhelmstr. 138  
10963 Berlin  
Tel: 030 / 8145260-0  
FAX: 030 / 8145260-19

Wissenschaftliches Institut der AOK  
Rosenthaler Str. 31  
10178 Berlin  
Tel.: 030/34646-2393  
FAX: 030/34646-2144

ZENTRALINSTITUT  
Herbert-Lewin-Platz 3  
10623 Berlin  
Tel: 030 /4005-2400  
FAX: 030/39 49 37 39

**Gebührennummern mit dem höchsten Leistungsbedarf\* in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2007(a)**

Strahlentherapeuten (incl. ermächtigte)		Leistungsbedarf in Mio.Punkten (Rechnungseinheiten**)	Anteil in %	kumul. Anteil in %	Leistungshäufigkeit in Tsd.	mittl. Leistungshäufigkeit je 100 Fälle	
Rang	1	25321 Bestrahlung mit Linearbeschleuniger	28,16	28,2	28,2	51,66	1050
	2	40840 Kostenpauschale für Ausblendung, Kompensatoren, Lagerungs-, Fixationshilfen, Multi-Leaf-Kollimator	26,59	26,7	54,9	9,71	197
	3	25323 3-D-Technik, Großfeld-, Halbkörperbestrahlung	15,23	15,3	70,2	41,73	848
	4	25342 Bestrahlungsplanung III	11,02	11,1	81,2	2,10	43
	5	25322 Zuschlag Bestrahlungsfelder	7,18	7,2	88,4	31,93	649
	6	25211 Konsiliar-komplex bei bösartiger Erkrankung	3,64	3,7	92,1	2,22	45
	7	25341 Bestrahlungsplanung II	2,08	2,1	94,2	,60	12
	8	34360 CT- gestützte Bestrahlungsplanung	1,25	1,3	95,4	1,24	25



**Gebührennummern mit dem höchsten Leistungsbedarf\* in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2007(a)**

Strahlentherapeuten (incl. ermächtigte)		Leistungsbedarf in Mio.Punkten (Rechnungseinheiten**)	Anteil in %	kumul. Anteil in %	Leistungshäufigkeit in Tsd.	mittl. Leistungshäufigkeit je 100 Fälle
9	25210 Konsiliar-komplex bei gutartiger Erkrankung	,86	,9	96,3	1,13	23
10	25340 Bestrahlungsplanung I	,70	,7	97,0	,91	19
11	40580 192-Iridium	,58	,6	97,6	,09	2
12	86503	,43	,4	98,0	,87	18
13	86505	,43	,4	98,4	,09	2
14	25320 Bestrahlung bösartiger Erkrankungen mit Telekobaltgerät	,32	,3	98,8	,59	12
15	02101 Infusion, Dauer mind. 60 Minuten	,25	,3	99,0	,60	12
16	25214 Konsiliar-komplex nach strahlentherapeutischer Behandlung	,22	,2	99,2	,94	19
17	25310 Weichstrahl-, Orthovolt- oder Hochvolttherapie	,16	,2	99,4	,72	15
18	90001	,11	,1	99,5	,05	1

**Gebührennummern mit dem höchsten Leistungsbedarf\* in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2007(a)**

Strahlentherapeuten (incl. ermächtigte)		Leistungsbedarf in Mio.Punkten (Rechnungseinheiten**)	Anteil in %	kumul. Anteil in %	Leistungshäufigkeit in Tsd.	mittl. Leistungshäufigkeit je 100 Fälle
19	32001 Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen	,08	,1	99,6	4,29	87
20	25332 Intrakavitäre vaginale Brachytherapie	,07	,1	99,7	,11	2
21	40120 Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax oder digital	,06	,1	99,7	5,19	105
22	02100 Infusion	,03	,0	99,7	,22	5
23	25333 Interstitielle Brachytherapie	,03	,0	99,8	,03	1
24	32000 Laborgrundgebühr	,02	,0	99,8	2,29	46
25	01411 Dringender Besuch I	,02	,0	99,8	,02	0
26	32122 Mechanisierter vollständiger Blutstatus	,02	,0	99,8	,84	17
27	01210 Ordinationskomplex im organisierten Not(fall)dienst	,02	,0	99,9	,04	1

**Gebührennummern mit dem höchsten Leistungsbedarf\* in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2007(a)**

Strahlentherapeuten (incl. ermächtigte)		Leistungsbedarf in Mio.Punkten (Rechnungseinheiten**)	Anteil in %	kumul. Anteil in %	Leistungshäufigkeit in Tsd.	mittl. Leistungshäufigkeit je 100 Fälle
28	02310 Behandlungskomplex einer/von sekundär heilenden Wunde(n)	,01	,0	99,9	,03	1
29	40144 Kopie, EDV-technische Abschrift	,01	,0	99,9	4,53	92
30	35110 Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	,01	,0	99,9	,03	1
31	02323 Legen/Wechsel transurethraler Dauerkatheter	,01	,0	99,9	,06	1
32	25331 Intrakavitäre/Intraluminale Brachytherapie	,01	,0	99,9	,01	0
33	01430 Verwaltungskomplex	,01	,0	99,9	,23	5
34	32120 Mechanisiertes Blutbild, Retikulozytenzählung	,01	,0	99,9	,61	12

**Gebührennummern mit dem höchsten Leistungsbedarf\* in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2007(a)**

Strahlentherapeuten (incl. ermächtigte)		Leistungsbedarf in Mio.Punkten (Rechnungseinheiten**)	Anteil in %	kumul. Anteil in %	Leistungshäufigkeit in Tsd.	mittl. Leistungshäufigkeit je 100 Fälle
35	32128 Immunologischer oder gleichwertiger chemischer Nachweis, ggf. einschl. mehrerer Probenverdünnungen, gilt für die L	,01	,0	99,9	,24	5
36	86502	,01	,0	99,9	,01	0
37	02110 Erst-Transfusion	,00	,0	99,9	,01	0
38	01620 Bescheinigung oder Zeugnis	,00	,0	99,9	,05	1
39	33042 Abdominelle Sonographie	,00	,0	99,9	,01	0
40	32066 Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorport	,00	,0	100,0	,66	13
41	32082 Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorport	,00	,0	100,0	,65	13

Gebührennummern mit dem höchsten Leistungsbedarf* in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2007(a)						
Strahlentherapeuten (incl. ermächtigte)		Leistungsbedarf in Mio.Punkten (Rechnungseinheiten**)	Anteil in %	kumul. Anteil in %	Leistungshäufigkeit in Tsd.	mittl. Leistungshäufigkeit je 100 Fälle
42	32075 Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorport	,00	,0	100,0	,61	12
43	32071 Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorport	,00	,0	100,0	,61	12
44	32068 Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorport	,00	,0	100,0	,61	12
45	32058 Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorport	,00	,0	100,0	,60	12

Gebührennummern mit dem höchsten Leistungsbedarf* in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2007(a)						
Strahlentherapeuten (incl. ermächtigte)	Leistungsbedarf in Mio.Punkten (Rechnungseinheiten**)	Anteil in %	kumul. Anteil in %	Leistungshäufigkeit in Tsd.	mittl. Leistungshäufigkeit je 100 Fälle	
46	32064 Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorport	,00	,0	100,0	,47	10
47	32081 Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorport	,00	,0	100,0	,45	9
48	32083 Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorport	,00	,0	100,0	,45	9
49	32069 Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorport	,00	,0	100,0	,45	9
50	02111 Folge-Transfusion	,00	,0	100,0	,01	0



<b>Gebührennummern mit dem höchsten Leistungsbedarf* in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2007(a)</b>					
<b>Strahlentherapeuten (incl. ermächtigte)</b>	<b>Leistungsbedarf in Mio.Punkten (Rechnungseinheiten**)</b>	<b>Anteil in %</b>	<b>kumul. Anteil in %</b>	<b>Leistungshäufigkeit in Tsd.</b>	<b>mittl. Leistungshäufigkeit je 100 Fälle</b>
<p>*sachlich-rechnerisch richtig            KV-spezifische GOPs&lt;=40855 sind mit bundeseinheitlichen entsprechenden GOPs zusammengefasst            **Leist.-bed. in Euro mit 5,11 Cent in Punkte umgerechnet            Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein</p>					

**Gebührennummern mit dem höchsten Leistungsbedarf\* in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008(a)**

Strahlentherapeuten (incl. ermächtigte)		Leistungsbedarf in Mio.Punkten (Rechnungseinheiten**)	Anteil in %	kumul. Anteil in %	Leistungshäufigkeit in Tsd.	mittl. Leistungs- häufigkeit je 100 Fälle	
Rang	1	25321 Bestrahlung mit Linearbeschleuniger bei bösartigen Erkrankungen	49,53	38,2	38,2	49,28	938
	2	40840 Kostenpauschale zur Gebührenordnungsposition 25320 oder 25321	28,18	21,7	59,9	10,29	196
	3	25342 Bestrahlungsplanung III	16,03	12,4	72,3	2,27	43
	4	25323 3-D-Technik, Großfeld-, Halbkörperbestrahlung	11,83	9,1	81,4	43,81	834
	5	25322 Zuschlag Bestrahlungsfelder	6,45	5,0	86,4	34,88	664
	6	25320 Bestrahlung Telekobaltgerät (gut-/böartig) oder Linearbeschleuniger (gutartig)	4,64	3,6	89,9	6,19	118
	7	25211 Konsiliarpauschale bei bösartiger Erkrankung	3,66	2,8	92,7	2,07	39
	8	25341 Bestrahlungsplanung II	2,87	2,2	95,0	,60	12
	9	34360 CT- gestützte Bestrahlungsplanung	1,58	1,2	96,2	1,44	27



**Gebührennummern mit dem höchsten Leistungsbedarf\* in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008(a)**

Strahlentherapeuten (incl. ermächtigte)		Leistungsbedarf in Mio.Punkten (Rechnungseinheiten**)	Anteil in %	kumul. Anteil in %	Leistungshäufigkeit in Tsd.	mittl. Leistungs- häufigkeit je 100 Fälle
10	25340 Bestrahlungsplanung I	1,02	,8	97,0	,97	18
11	25210 Konsiliarpauschale bei gutartiger Erkrankung	,91	,7	97,7	1,12	21
12	86503	,50	,4	98,0	,99	19
13	86505	,50	,4	98,4	,10	2
14	40580 192-Iridium	,31	,2	98,7	,05	1
15	02101 Infusion, Dauer mind. 60 Minuten	,29	,2	98,9	,66	13
16	25214 Konsiliarpauschale nach strahlentherapeutischer Behandlung	,27	,2	99,1	1,04	20
17	25310 Weichstrahl- oder Orthovolttherapie	,24	,2	99,3	,68	13
18	25332 Intrakavitäre vaginale Brachytherapie	,22	,2	99,5	,10	2
19	32001 Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen	,09	,1	99,5	4,72	90
20	40841 Kostenpauschale zur Gebührenordnungsposition 25310	,08	,1	99,6	,13	3

**Gebührennummern mit dem höchsten Leistungsbedarf\* in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008(a)**

Strahlentherapeuten (incl. ermächtigte)		Leistungsbedarf in Mio.Punkten (Rechnungseinheiten**)	Anteil in %	kumul. Anteil in %	Leistungshäufigkeit in Tsd.	mittl. Leistungs- häufigkeit je 100 Fälle
21	01411 Dringender Besuch I	,06	,0	99,6	,05	1
22	25333 Interstitielle Brachytherapie	,06	,0	99,7	,02	0
23	40120 Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax oder digital	,05	,0	99,7	4,82	92
24	02100 Infusion	,05	,0	99,8	,30	6
25	35110 Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	,04	,0	99,8	,10	2
26	25331 Intrakavitäre/Intraluminale Brachytherapie	,04	,0	99,8	,01	0
27	90001	,03	,0	99,8	,01	0
28	02310 Behandlungskomplex einer/von sekundär heilenden Wunde(n)	,02	,0	99,9	,04	1
29	32122 Mechanisierter vollständiger Blutstatus	,02	,0	99,9	1,07	20
30	01210 Notfallpauschale	,02	,0	99,9	,05	1
31	01211 Zusatzpauschale Besuchsbereitschaft	,01	,0	99,9	,05	1

**Gebührennummern mit dem höchsten Leistungsbedarf\* in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008(a)**

Strahlentherapeuten (incl. ermächtigte)		Leistungsbedarf in Mio.Punkten (Rechnungseinheiten**)	Anteil in %	kumul. Anteil in %	Leistungshäufigkeit in Tsd.	mittl. Leistungs- häufigkeit je 100 Fälle
32	01620 Bescheinigung oder Zeugnis	,01	,0	99,9	,14	3
33	40144 Kopie, EDV-technische Abschrift	,01	,0	99,9	4,58	87
34	86502	,01	,0	99,9	,01	0
35	01512 Praxisklinische Betreuung 6h	,01	,0	99,9	,00	0
36	32128 CRP	,01	,0	99,9	,33	6
37	01440 Verweilen außerhalb der Praxis	,00	,0	99,9	,01	0
38	33042 Abdominelle Sonographie	,00	,0	99,9	,01	0
39	01430 Verwaltungskomplex	,00	,0	100,0	,12	2
40	32120 Mechanisiertes Blutbild, Retikulozytenzählung	,00	,0	100,0	,35	7
41	32066 Kreatinin (Jaffé-Methode)	,00	,0	100,0	,64	12
42	32082 Calcium	,00	,0	100,0	,62	12
43	32075 LDH	,00	,0	100,0	,61	12

**Gebührennummern mit dem höchsten Leistungsbedarf\* in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008(a)**

Strahlentherapeuten (incl. ermächtigte)		Leistungsbedarf in Mio.Punkten (Rechnungseinheiten**)	Anteil in %	kumul. Anteil in %	Leistungshäufigkeit in Tsd.	mittl. Leistungs- häufigkeit je 100 Fälle
44	32068 Alkalische Phosphatase	,00	,0	100,0	,60	11
45	32058 Bilirubin gesamt	,00	,0	100,0	,59	11
46	32071 Gamma-GT	,00	,0	100,0	,59	11
47	01622 Kurplan, Gutachten, Stellungnahme	,00	,0	100,0	,01	0
48	32081 Kalium	,00	,0	100,0	,47	9
49	32083 Natrium	,00	,0	100,0	,46	9
50	90204	,00	,0	100,0	,04	1

\*sachlich-rechnerisch richtig

KV-spezifische GOPs<=40855 sind mit bundeseinheitlichen entsprechenden GOPs zusammengefasst

\*\*Leist.-bed. in Euro mit 5,11 Cent in Punkte umgerechnet

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

# **Anlage 6.5**

Sonderauswertung  
Versichertenpauschalen I–IV.2008  
(Version 1.0 mit Stand 29.06.2009)

---

# EBM 2008

---

## Wissenschaftliche Begleitung zur Einführung des EBM 2008

### Versicherten-/Grund- /Konsiliarpauschalen

Sonderauswertung I-IV/2008

Version 1.0

Stand: 29.06.2009

Institut des  
Bewertungsausschusses



WIdO Wissenschaftliches  
Institut der AOK



ZENTRALINSTITUT  
für die kassenärztliche Versorgung  
in der Bundesrepublik Deutschland

---

Institut des Bewertungsausschusses  
Wilhelmstr. 138  
10963 Berlin  
Tel: 030 / 8145260-0  
FAX: 030 / 8145260-19

Wissenschaftliches Institut der AOK  
Rosenthaler Str. 31  
10178 Berlin  
Tel.: 030 /34646-2393  
FAX: 030 /34646-2144

ZENTRALINSTITUT  
Herbert-Lewin-Platz 3  
10623 Berlin  
Tel: 030 /4005-2400  
FAX: 030/39 49 37 39

## Inhalt

<b>1</b>	<b>Hintergrund und Ziel.....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Material und Methoden.....</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Ergebnisse .....</b>	<b>3</b>

## 1 Hintergrund und Ziel

Im Rahmen der Begleitstudie soll eine Sonderauswertung zu Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen angefertigt werden. Weiterhin sollen die Auswirkungen der Allgemeinen Bestimmung 4.1 im Einheitlichen Bewertungsmaßstab zur Berechnung von Versicherten- und Grundpauschalen bei einer kurativ-ambulanten und kurativ-stationären (belegärztlichen) Behandlung in demselben Quartal ermittelt werden.

## 2 Material und Methoden

Nach einer entsprechenden Vorlage des Instituts des Bewertungsausschusses (InBA) vom 5.9.2008 wird ermittelt, wie häufig die Pauschalen je Fachgebiet und je 100 Behandlungsfälle abgerechnet werden. Die Vorlage bezog sich auf die Quartale 1/2007 und 1/2008, sie kann auch für den hier gewählten Untersuchungszeitraum zugrunde gelegt werden und findet sich im Anhang.

Die vorliegende Darstellung bezieht sich auf alle sowohl in 1-4/2007 und 1-4/2008 abrechnenden Praxen in Brandenburg und Nordrhein.

Die allgemeininternistischen Grundpauschalen GOP 13210 bis 13212 sind in der Auswertungsvorlage lediglich der Fachgruppe „Internisten, Fachärzte“ zugeordnet. Da sie jedoch von Internisten mit Schwerpunkt in teilweise erheblichem Umfang abgerechnet werden, sind die betreffenden GOPs auch in den Angaben zu Internisten mit Schwerpunkt mitberücksichtigt.

Bei der Leistungshäufigkeit je 100 Behandlungsfälle handelt es sich lediglich um einen Mittelwert bezogen auf die Gesamtfallzahl je Fachgruppe. Da keine fallbezogenen Daten vorliegen, kann nicht berücksichtigt werden, bei welchen Fällen die GOPs tatsächlich berechnet wurden.

## 3 Ergebnisse

Die folgende Tabelle 1 enthält die ermittelten Ergebnisse. Die mittlere Leistungshäufigkeit je 100 Behandlungsfälle von Grundpauschalen sonstiger fachärztlicher Internisten ist verglichen mit dem früheren Ordinationskomplex auffallend gering. Das ist dadurch zu erklären, dass bestimmte internistische Grundpauschalen, darunter die von Praxen dieser Fachgruppe am häufigsten abgerechnete Grundpauschale GOP 13542 nicht in der GOP-Auswahl des zugrunde gelegten Auswertungskonzepts enthalten sind. Folgende Grundpauschalen sind bei sonstigen



fachärztlichen Internisten gemäß dem Auswertungskonzept nicht einbezogen (in Klammern mittlere Leistungshäufigkeit je 100 Behandlungsfälle).

- 13390 Grundpauschale bis 5. Lebensjahr (nicht abgerechnet)
- 13391 Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr (1,64)
- 13392 Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (1,81)
- 13490 Grundpauschale bis 5. Lebensjahr (0,00)
- 13491 Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr (0,24)
- 13492 Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (0,20)
- 13540 Grundpauschale bis 5. Lebensjahr (0,00)
- 13541 Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr (6,62)
- 13542 Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (15,38)
- 13590 Grundpauschale bis 5. Lebensjahr (0,00)
- 13591 Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr (1,38)
- 13592 Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (2,16)
- 13640 Grundpauschale bis 5. Lebensjahr (nicht abgerechnet)
- 13641 Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr (0,36)
- 13642 Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (0,34)

Eine Veränderungsrate der mittleren Häufigkeit von Versicherten-/Grundpauschalen im Vergleich zur Häufigkeit von Ordinationskomplexen wurde gemäß dem Auswertungskonzept berechnet. Dabei ist zu bedenken, dass Versicherten- und Grundpauschalen mit Ordinationskomplexen nur eingeschränkt vergleichbar sind, weil Versicherten- und Grundpauschalen kalkulatorisch Teilleistungen enthalten, die in Ordinationskomplexen nicht enthalten sind.

**Tab. 1: Mittlere Leistungshäufigkeit\* pro 100 Behandlungsfälle von Versicherten-/Grund-/Konsiliarpauschalen im 1.-4. Quartal 2008 und Ordinations-/Konsiliar- sowie Konsultationskomplexen im 1.-4. Quartal 2007 und Verwaltungskomplexen in den KVen Brandenburg und Nordrhein**

	Versicherten-/ Grund-/ Konsiliarpauschale	"Volle" Versicherten-/ Grund-/ Konsiliarpauschale	"Halbe" Versichertenpauschale bei Überweisung/Vertretung	Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme	"Erhöhte" Versichertenpauschale (140 %) im fachärztlichen Versorgungsbereich	"Halbe" Versicherten-/ Grund-/ Konsiliarpauschale bei Beauftragung zur Erbringung von in VP/GP/KP enthaltenen Teilleistungen gem. Allg. Best. 2.1.6 oder bei gleichzeitiger kurativ-amb./ stat. Behandlung gem. Allg. Best. 4.1	"Halbe erhöhte" Versichertenpauschale (70 %) im fachärztlichen Versorgungsbe- reich bei Beauftragung zur Erbringung von in VP enthaltenen Teilleistungen gem. Allg. Best. 2.1.6 bei gleichzeitiger kurativ-amb./ stat. Behandlung gem. Allg. Best. 4.1	Schmerztherapeutische Grundpauschale	Ordinations-/Konsiliar-komplex	Veränd.Vers.-/Grund-/Konsiliarpauschale zu Ordinations-Konsiliar-komplex in %	Konsultationskomplex	Verwaltungskomplex x 1-4/2007	Verwaltungskomplex 1-4/2008	Veränd. in %
Allgemeinärzte	94,78	89,27	5,27	,03	,00	,00	,00	,21	92,88	2,04	198,70	33,69	2,55	-92,44
Anästhesisten	90,84	70,51	,00	,00	,00	,04	,00	20,29	89,55	1,44	72,03	6,78	4,37	-35,59
Augenärzte	96,62	96,62	,00	,00	,00	,01	,00	,00	96,43	,20	29,24	5,92	1,92	-67,52
Chirurgen	96,65	96,64	,00	,00	,00	,01	,00	,00	96,67	-,02	153,97	4,34	,33	-92,30
Frauenärzte	79,47	79,47	,00	,00	,00	,00	,00	,00	78,15	1,70	55,04	8,17	2,01	-75,34
HNO-Ärzte	97,12	96,77	,00	,00	,00	,35	,00	,00	96,87	,26	70,18	5,27	,85	-83,81
Hautärzte	96,88	96,87	,00	,00	,00	,01	,00	,00	96,61	,28	82,91	7,27	1,59	-78,19
Internisten <Hausärzte>	94,04	86,54	7,47	,01	,00	,00	,00	,01	91,57	2,69	190,42	51,65	4,16	-91,94
Kinderärzte <Hausärzte>	88,67	83,08	4,36	,17	1,06	,00	,00	,00	87,53	1,30	130,99	9,39	1,72	-81,68
Nervenärzte*	88,19	87,58	,00	,00	,00	,01	,00	,60	86,91	1,47	45,45	53,11	15,05	-71,67
Orthopäden	97,31	96,98	,00	,00	,00	,01	,00	,31	97,13	,18	139,74	4,74	1,07	-77,41
Radiologen	90,88	90,88	,00	,00	,00	,00	,00	,00	90,56	,35	,00	,01	,00	-89,54
Urologen	94,69	94,63	,00	,00	,00	,06	,00	,00	93,80	,95	84,10	12,66	2,91	-76,97

	Versicherten-/ Grund-/ Konsiliarpauschale	"Volle" Versicherten-/ Grund-/ Konsiliarpauschale	"Halbe" Versichertenpauschale bei Überweisung/Vertretung	Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme	"Erhöhte" Versichertenpauschale (140 %) im fachärztlichen Versorgungsbereich	"Halbe" Versicherten-/ Grund-/ Konsiliarpauschale bei Beauftragung zur Erbringung von in VP/GP/KP enthaltenen Teilleistungen gem. Allg. Best. 2.1.6 oder bei gleichzeitiger kurativ-amb./ stat. Behandlung gem. Allg. Best. 4.1	"Halbe erhöhte" Versichertenpauschale (70 %) im fachärztlichen Versorgungsbereich bei Beauftragung zur Erbringung von in VP enthaltenen Teilleistungen gem. Allg. Best. 2.1.6 bei gleichzeitiger kurativ-amb./ stat. Behandlung gem. Allg. Best. 4.1	Schmerztherapeutische Grundpauschale	Ordinations-/Konsiliar-komplex	Veränd. Vers.-/Grund-/Konsiliarpauschale zu Ordinations-Konsiliar-komplex in %	Konsultationskomplex	Verwaltungskomplex x 1-4/2007	Verwaltungskomplex 1-4/2008	Veränd. in %
fachärztl. Internisten gesamt	82,51	82,47	,00	,00	,00	,03	,00	,00	86,58	-4,70	75,79	14,12	3,51	-75,12
dar.: Innere Medizin, SP Gastroenterologie	85,18	85,05	,00	,00	,00	,13	,00	,00	77,80	9,49	101,96	14,10	2,47	-82,48
dar.: Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie	86,10	86,10	,00	,00	,00	,00	,00	,00	85,07	1,21	221,88	41,92	8,76	-79,11
dar.: Innere Medizin, SP Kardiologie	88,37	88,34	,00	,00	,00	,03	,00	,00	87,91	,52	44,52	8,17	2,95	-63,91
dar.: Innere Medizin, SP Nephrologie	81,91	81,91	,00	,00	,00	,00	,00	,00	81,51	,49	81,94	21,37	4,41	-79,35
dar.: Innere Medizin, SP Pneumologie	92,63	92,62	,00	,00	,00	,00	,00	,00	90,64	2,19	60,85	17,51	4,68	-73,28
dar.: Sonstige Internisten, fachärztl.	61,99	61,98	,00	,00	,00	,01	,00	,00	88,31	-29,81	74,62	8,73	2,18	-75,02
Kinder-/Jugendpsychiatrie/psychotherapie	79,60	79,60	,00	,00	,00	,00	,00	,00	79,89	-,36	163,33	21,98	5,43	-75,30
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	84,30	84,04	,00	,00	,00	,26	,00	,00	81,48	3,46	112,06	1,40	,60	-57,44
Neurologie	88,51	88,50	,00	,00	,00	,01	,00	,00	89,93	-1,58	62,63	38,95	12,80	-67,13

	Versicherten-/ Grund-/ Konsiliarpauschale	"Volle" Versicherten-/ Grund-/ Konsiliarpauschale	"Halbe" Versichertenpauschale bei Überweisung/Vertretung	Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme	"Erhöhte" Versichertenpauschale (140 %) im fachärztlichen Versorgungsbereich	"Halbe" Versicherten-/ Grund-/ Konsiliarpauschale bei Beauftragung zur Erbringung von in VP/GP/KP enthaltenen Teilleistungen gem. Allg. Best. 2.1.6 oder bei gleichzeitiger kurativ-amb./ stat. Behandlung gem. Allg. Best. 4.1	"Halbe erhöhte" Versichertenpauschale (70 %) im fachärztlichen Versorgungsbereich bei Beauftragung zur Erbringung von in VP enthaltenen Teilleistungen gem. Allg. Best. 2.1.6 bei gleichzeitiger kurativ-amb./ stat. Behandlung gem. Allg. Best. 4.1	Schmerztherapeutische Grundpauschale	Ordinations-/Konsiliar-komplex	Veränd.Vers.-/Grund-/Konsiliarpauschale zu Ordinations-Konsiliar-komplex in %	Konsultationskomplex	Verwaltungskomplex x 1-4/2007	Verwaltungskomplex 1-4/2008	Veränd. in %
Pathologie	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	-66,14	,00	,00	,00	.
Psychiatrie	90,62	90,62	,00	,00	,00	,00	,00	,00	89,75	,97	89,34	47,07	8,81	-81,29
Psychosomat. Med. u. Psychotherapie	84,78	84,78	,00	,00	,00	,00	,00	,00	86,91	-2,45	377,60	,95	,09	-90,79
Ärztliche Psychotherapeuten	83,94	83,94	,00	,00	,00	,00	,00	,00	85,57	-1,91	311,80	1,76	,06	-96,80
Psychologische Psychotherapeuten	94,97	94,97	,00	,00	,00	,00	,00	,00	95,88	-,95	375,11	,70	,03	-96,35
Kinder- u. Jugendl.-Psychotherapeuten	96,29	96,29	,00	,00	,00	,00	,00	,00	96,33	-,04	542,37	1,00	,13	-87,40
fachübergr. Praxen, hausärztlich	94,26	87,58	6,63	,01	,00	,01	,00	,04	90,17	4,54	188,84	48,18	4,33	-91,02
fach-/SP-übergr. Praxen, fachärztl.	87,29	87,21	,00	,00	,00	,00	,00	,07	85,80	1,73	52,51	42,19	9,90	-76,53
fach-/SP-übergr. Praxen, VB-übergr.	92,78	90,48	1,60	,00	,39	,00	,00	,31	89,09	4,14	84,84	13,18	1,35	-89,72
Sonstige.	96,81	94,22	1,53	,00	,58	,04	,00	,43	94,18	2,79	42,74	4,15	,81	-80,51

\*sachlich-rechnerisch richtig

KV-spezifische GOPs <= 40855 sind mit bundeseinheitlichen entsprechenden GOPs zusammengefasst

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

# ***A N H A N G***



Vergleichende Leistungshäufigkeit pro 100 Behandlungsfälle  
 Versicherten-/Grund-/Konsiliarpauschalen

Abrechnungsgruppe	Status der belegärztlichen Tätigkeit in Abhängigkeit von der Leistungserbringung der GOP 01414 (Visite auf der Belegstation)	Leistungshäufigkeit je 100 Fälle													
		Gesamt-Ausweis			Verwaltungskomplex		Konsultationskomplex	Davon-Ausweis							
		Versicherten-/Grund-/Konsiliarpauschale	Ordinations-/Konsiliar-komplex	Veränderung in %	GOP 01430 (Verwaltungskomplex)	Veränderung in %		"Volle" Versicherten-/Grund-/Konsiliarpauschale	"Halbe" Versichertenpauschale bei Überweisung/Vertretung	Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme	"Erhöhte" Versichertenpauschale (140 %) im fachärztlichen Versorgungsbereich	"Halbe" Versicherten-/Grund-/Konsiliarpauschale bei Beauftragung zur Erbringung von VP/GP/KP Teilleistungen gem. Allg. Best. 2.1.6 oder bei gleichzeitiger kurativ-amb./stat. Behandlung gem. Allg. Best. 4.1	"Halbe erhöhte" Versichertenpauschale (70 %) im fachärztlichen Versorgungsbereich bei Beauftragung zur Erbringung von in VP enthaltenen Teilleistungen gem. Allg. Best. 2.1.6 bei gleichzeitiger kurativ-amb./stat. Behandlung gem. Allg. Best. 4.1	Schmerztherapeutische Grundpauschale	
Quartal I/08	Vergleichs-quarteral I/07		Quartal I/08	Vergleichs-quarteral I/07		Vergleichsquarteral I/07	Quartal I/08	Quartal I/08	Quartal I/08	Quartal I/08	Quartal I/08	Quartal I/08	Quartal I/08	Quartal I/08	
Allgemeinmed., Pr. Ärzte	belegärztlich tätig														
	nicht belegärztlich tätig	03110*-03112*, 03120*-03122*, 03130*, 30700*	03110*-03112*, 80110*-80112*		01430	01430	03115	03110-03112	03120*-03122*	03130*		03110H-03112H		30700*	
	Summe														
Internisten <Hausärzte>	belegärztlich tätig														
	nicht belegärztlich tätig	03110*-03112*, 03120*-03122*, 03130*, 30700*	03110*-03112*, 80110*-80112*		01430	01430	03115	03110-03112	03120*-03122*	03130*		03110H-03112H		30700*	
	Summe														
Kinderärzte	belegärztlich tätig	04110*-04112*,	04110*-04112*,			01430		04115	04110-04112	04120*-	04130*	04110F-	04110H-	04110G-	30700*



<Hausärzte>	nicht belegärztlich tätig	04120*-04122*, 04130*, 30700*	80110*-80112*		01430				04122*		04112F	04112H	04112G	
	Summe													
Anästhesisten	belegärztlich tätig													
	nicht belegärztlich tätig	05210*-05212*, 30700*	05210*-05212*, 80110*-80112*		01430	01430		05215	05210-05212			05210H- 05212H		30700*
	Summe													
Augenärzte	belegärztlich tätig													
	nicht belegärztlich tätig	06210*-06212*, 30700*	06210*-06212*, 80110*-80112*		01430	01430		06215	06210-06212			06210H- 06212H		30700*
	Summe													
Chirurgen	belegärztlich tätig													
	nicht belegärztlich tätig	07210*-07212*, 30700*	07210*-07212*, 80110*-80112*		01430	01430		07215	07210-07212			07210H- 07212H		30700*
	Summe													
Frauenärzte	belegärztlich tätig													
	nicht belegärztlich tätig	08210*-08212*, 30700*	08210*-08212*, 80110*-80112*		01430	01430		08215	08210-08212			08210H- 08212H		30700*
	Summe													
HNO-Ärzte	belegärztlich tätig													
	nicht belegärztlich tätig	09210*-09212*, 30700*	09210*-09212*, 80110*-80112*		01430	01430		09215	09210-09212			09210H- 09212H		30700*
	Summe													
Hautärzte	belegärztlich tätig													
	nicht belegärztlich tätig	10210*-10212*, 30700*	10210*-10212*, 80110*-80112*		01430	01430		10215	10210-10212			10210H- 10212H		30700*
	Summe													
Internisten <Fach- ärzte>**	belegärztlich tätig	13210*-13212*, 13290*-13292*, 13340*-13342*, 13390*-13392*,	13210*-13212*, 80110*-80112*		01430	01430		13215	13210-13212, 13290-13292, 13340-13342, 13390-13392,			13210H- 13212H, 13290H- 13292H,		30700*

Nervenärzte*	nicht belegärztlich tätig	13490*-13492*, 13540*-13542*, 13590*-13592*, 13640*-13642*, 13690*-13692*, 30700*					13490-13492, 13540-13542, 13590-13592, 13640-13642, 13690-13692				13340H- 13342H, 13390H- 13392H, 13490H- 13492H, 13540H- 13542H, 13590H- 13592H, 13640H- 13642H, 13690H- 13692H		
	Summe												
	belegärztlich tätig					16215							
	nicht belegärztlich tätig	16210*-16212*, 21210*-21212*, 30700*	16210*-16212*, 21210*-21212*, 80110*-80112*		01430	01430	21215	16210-16212, 21210-21212				16210H- 16212H, 21210H- 21212H	30700*
Orthopäden	belegärztlich tätig												
	nicht belegärztlich tätig	18210*-18212*, 30700*	18210*-18212*, 80110*-80112*		01430	01430	18215	18210-18212				18210H- 18212H	30700*
	Summe												
Urologen	belegärztlich tätig												
	nicht belegärztlich tätig	26210*-26212*, 30700*	26210*-26212*, 80110*-80112*		01430	01430	26215	26210-26212				26210H- 26212H	30700*
	Summe												
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	belegärztlich tätig												
	nicht belegärztlich tätig	13390*-13392*, 30700*	13210*-13212*, 80110*-80112*		01430	01430	13215	13390-13392				13390H- 13392H	30700*
	Summe												
Innere Medizin, SP Hämatologie/ Onkologie	belegärztlich tätig												
	nicht belegärztlich tätig	13490*-13492*, 30700*	13210*-13212*, 80110*-80112*		01430	01430	13215	13490-13492				13490H- 13492H	30700*
	Summe												
Innere Medizin	belegärztlich tätig	13540*-13542*,	13210*-13212*,			01430	13215	13540-13542				13540H-	30700*



SP Kardiologie	nicht belegärztlich tätig	30700*	80110*-80112*		01430						13542H		
	Summe												
Innere Medizin, SP Nephrologie	belegärztlich tätig												
	nicht belegärztlich tätig	13590*-13592*, 30700*	13210*-13212*, 80110*-80112*		01430	01430		13215	13590-13592			13590H-13592H	30700*
Innere Medizin, SP Pneumologie	belegärztlich tätig												
	nicht belegärztlich tätig	13640*-13642*, 30700*	13210*-13212*, 80110*-80112*		01430	01430		13215	13640-13642			13640H-13642H	30700*
Sonstige Internisten, fachärztl.	belegärztlich tätig												
	nicht belegärztlich tätig	13290*-13292*, 13340*-13342*, 13690*-13692*, 30700*	13210*-13212*, 80110*-80112*		01430	01430		13215	13290-13292, 13340-13342, 13690-13692			13290H-13292H, 13340H-13342H, 13690H-13692H	30700*
Kinder-/Jugendpsychiatrie/-psychotherapie	belegärztlich tätig												
	nicht belegärztlich tätig	14210*, 14211*, 30700*	14210*, 14211*, 80110*-80112*		01430	01430		14212	14210, 14211			14210H, 14211H	30700*
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	belegärztlich tätig												
	nicht belegärztlich tätig	15210*-15212*, 30700*	15210*-15212*, 80110*-80112*		01430	01430		15215	15210-15212			15210H-15212H	30700*
Neurologie	belegärztlich tätig												
	nicht belegärztlich tätig	16210*-16212*, 21210*-21212*, 30700*	16210*-16212*, 21210*-21212*, 80110*-80112*		01430	01430		16215, 21215	16210-16212, 21210-21212			16210H-16212H, 21210H-21212H	30700*
Psychiatrie	belegärztlich tätig												
	nicht belegärztlich tätig	16210*-16212*, 21210*-21212*, 30700*	16210*-16212*, 21210*-21212*, 80110*-80112*		01430	01430		16215, 21215	16210-16212, 21210-21212			16210H-16212H, 21210H-21212H	30700*

Psychosomat. Med. u. Psychotherapie	belegärztlich tätig																	
	nicht belegärztlich tätig	22210*-22212*, 30700*	22210*-22212*, 80110*-80112*		01430	01430		22215	22210-22212					22210H-22212H				30700*
	Summe																	
Ärztliche Psychotherapeuten	belegärztlich tätig																	
	nicht belegärztlich tätig	23210*-23212*, 30700*	23210*-23212*, 80110*-80112*		01430	01430		23215	23210-23212					23210H-23212H				30700*
	Summe																	
Psychologische Psychotherapeuten	belegärztlich tätig																	
	nicht belegärztlich tätig	23210*-23212*, 30700*	23210*-23212*, 80110*-80112*		01430	01430		23215	23210-23212					23210H-23212H				30700*
	Summe																	
Kinder- u. Jügendl.-Psychotherapeuten	belegärztlich tätig																	
	nicht belegärztlich tätig	23214*, 30700*	23214*, 80110*-80112*		01430	01430		23215	23214					23214H				30700*
	Summe																	
Radiologie	belegärztlich tätig																	
	nicht belegärztlich tätig	24210*-24212*, 30700*	24210*-24212*, 80110*-80112*, 80210*		01430	01430			24210-24212					24210H-24212H				30700*
	Summe																	
Pathologie	belegärztlich tätig																	
	nicht belegärztlich tätig	19210*, 30700*	19210*, 80110*-80112*, 80210*		01430	01430			19210					19210H				30700*
	Summe																	
Strahlentherapie	belegärztlich tätig																	
	nicht belegärztlich tätig	01310*-01312*, 25210*, 25211*, 25214*, 30700*	25210*, 25211*, 25214*, 80110*-80112*, 80210*		01430	01430			01310-01312, 25210, 25211, 25214					01310H-01312H, 25210H, 25211H, 25214H				30700*
	Summe																	
Medizinische Versorgungszentren	belegärztlich tätig	alle oberen, zzgl. 11210*-11212*, 12210*, 12220*, 12225*	alle oberen, zzgl. 11210*-11212*, 12210*, 12220*, 12225*		01430	01430		alle oberen	alle oberen, zzgl. 11210*-11212, 12210,	alle oberen	alle oberen	alle oberen	alle oberen, zzgl. 11210H-11212H, 12210H,	alle oberen				alle oberen

	nicht belegärztlich tätig	17210*, 20210*-20212*, 27210*-27212*	17210*, 20210*-20212*, 27210*-27212*						12220, 12225, 17210, 20210-20212, 27210-27212				12220H, 12225H, 17210H, 20210H-20212H, 27210H-27212H		
	Summe														
fachübergr. Praxen, hausärztlich	belegärztlich tätig														
	nicht belegärztlich tätig	s. MVZ	s. MVZ	s. MVZ	01430	01430		03115	s. MVZ	s. MVZ	s. MVZ	s. MVZ	s. MVZ	s. MVZ	s. MVZ
	Summe														
fach-/SP-übergr. Praxen, fachärztl.	belegärztlich tätig														
	nicht belegärztlich tätig	s. MVZ	s. MVZ	s. MVZ	01430	01430		s. MVZ	s. MVZ	s. MVZ	s. MVZ	s. MVZ	s. MVZ	s. MVZ	s. MVZ
	Summe														
fach-/SP-übergr. Praxen, fachärztl., versb.üb.	belegärztlich tätig														
	nicht belegärztlich tätig	s. MVZ	s. MVZ	s. MVZ	01430	01430		s. MVZ	s. MVZ	s. MVZ	s. MVZ	s. MVZ	s. MVZ	s. MVZ	s. MVZ
	Summe														
sonstige	belegärztlich tätig														
	nicht belegärztlich tätig	s. MVZ	s. MVZ	s. MVZ	01430	01430		s. MVZ	s. MVZ	s. MVZ	s. MVZ	s. MVZ	s. MVZ	s. MVZ	s. MVZ
	Summe														

Erstellt von InBA am 05.09.2008

# **Anlage 6.6**

Sonderauswertung  
Chronikerzuschläge I.2008  
(Version 1.0 mit Stand 15.02.2009)

---

# EBM 2008

---

## Wissenschaftliche Begleitung zur Einführung des EBM 2008

### Chronikerzuschläge

Sonderauswertung I/2008

Version 1.0

Stand: 15.02.2009

Institut des  
Bewertungsausschusses



WIdO Wissenschaftliches  
Institut der AOK



ZENTRALINSTITUT  
für die kassenärztliche Versorgung  
in der Bundesrepublik Deutschland

---

Institut des Bewertungsausschusses  
Wilhelmstr. 138  
10963 Berlin  
Tel: 030 / 8145260-0  
FAX: 030 / 8145260-19

Wissenschaftliches Institut der AOK  
Kortrijker Str. 1  
53177 Bonn  
Tel.: 0228 / 843-3 93  
FAX: 0228 / 843-144

ZENTRALINSTITUT  
Herbert-Lewin-Platz 3  
10623 Berlin  
Tel: 030 / 4005-2400  
FAX: 030/39 49 37 39

## Inhalt

<b>1</b>	<b>Hintergrund und Ziel.....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Material und Methoden.....</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Ergebnisse .....</b>	<b>3</b>

## 1 Hintergrund und Ziel

Im Rahmen der Begleitstudie soll eine Auswertung zu Chronikerzuschlägen angefertigt werden.

## 2 Material und Methoden

Nach einer entsprechenden Vorlage des Instituts des Bewertungsausschusses (InBA) vom 5.9.2008 wird ermittelt, wie häufig die Chronikerzuschläge je Fachgebiet und je 100 Behandlungsfälle abgerechnet werden. Die Vorlage bezog sich auf die Quartale 1/2007 und 1/2008 und findet sich im Anhang.

Die vorliegende Darstellung bezieht sich auf alle sowohl in 1/2007 und 1/2008 abrechnenden Praxen der ausgewählten Fachgruppen in Brandenburg und Nordrhein.

Abweichend von der InBA-Vorlage sind keine Ergebnisse für hausärztliche Schwerpunktpraxen Hämatologie und Onkologie, HIV/AIDS und Rheumatologie enthalten, weil in der Stichprobe kaum solche Praxen vorkommen. Lediglich für hausärztliche Schwerpunktpraxen Diabetologie ist eine nennenswerte Anzahl von Praxen zu finden. Es handelt sich um 220 Praxen, eine Teilgruppe aller hausärztlichen allgemeinärztlichen, internistischen und kinderärztlichen Praxen.

Bei der Leistungshäufigkeit je 100 Behandlungsfälle handelt es sich lediglich um einen Mittelwert bezogen auf die Gesamtfallzahl je Fachgruppe. Da keine fallbezogenen Daten vorliegen, kann nicht berücksichtigt werden, bei welchen Fällen die GOPs tatsächlich berechnet wurden.

## 3 Ergebnisse

Die folgende Tabelle enthält die ermittelten Ergebnisse. Die mittlere Leistungshäufigkeit je 100 Behandlungsfälle der Chronikerzuschläge I/2008 fiel erheblich höher aus als die Häufigkeit hausärztlicher Koordinations- und Betreuungsleistungen im Vergleichsquartal I/2007. Am häufigsten unter allen Fachgruppen wurden die Chronikerzuschläge von hausärztlichen Internisten erbracht, bei über der Hälfte der Fälle wurden im Mittel die betreffenden Leistungen abgerechnet. Noch etwas höher war die mittlere Häufigkeit bei hausärztlichen Schwerpunktpraxen Diabetologie.

**Mittlere Leistungshäufigkeit\* pro 100 Behandlungsfälle in Praxen der KVen Brandenburg  
und Nordrhein im 1. Quartal 2007 und 1. Quartal 2008**

**Chronikerzuschlag und hausärztliche Koordinations- und Betreuungsleistungen**

	Leistungshäufigkeit pro 100 Behandlungsfälle Chronikerzuschlag I/2008**	Leistungshäufigkeit pro 100 Behandlungsfälle Hausärztliche Koordinations- und Betreuungsleistungen I/2007***	Veränd. in %
Allgemeinärzte	44,33	35,86	23,6
Internisten <Hausärzte>	50,88	42,45	19,9
Kinderärzte <Hausärzte>	11,80	3,73	216,8
hausärztliche Schwerpunktpraxen Diabetologie****	52,92	39,72	33,2

\*sachlich-rechnerisch richtig

\*\*GOP 03212, 04212

\*\*\*GOP 03001, 03002, 03210, 03211, 04001, 04002, 04210, 04211

\*\*\*\*Teilgruppe aller hausärztlichen allgemeinärztlichen, internistischen und kinderärztlichen Praxen  
KV-spezifische GOP sind Segmenten entsprechender bundeseinheitlicher GOPs zugeordnet

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein



# ANHANG

## Auswertungskonzept und Zuordnungstabelle

### Chronikerzuschlag

Abrechnungsgruppe	Leistungshäufigkeit je 100 Fälle		
	Chronikerzuschlag	Hausärztliche Koordinations- und Betreuungsleistungen	Veränderung in %
	Quartal I/08	Vergleichsquartal I/07	
Allgemeinmed., Pr. Ärzte	03212*	03001*, 03002*, 03210*, 03211*	
Internisten <Hausärzte>	03212*	03001*, 03002*, 03210*, 03211*	
Kinderärzte <Hausärzte>	04212*	04001*, 04002*, 04210*, 04211*	
Hausärztliche SSP Diabetologie	03212*	03001*, 03002*, 03210*, 03211*	
Hausärztliche SSP Hämatologie und Onkologie	03212*	03001*, 03002*, 03210*, 03211*	
Hausärztliche SSP HIV/AIDS	03212*	03001*, 03002*, 03210*, 03211*	
Hausärztliche SSP Rheumatologie	03212*	03001*, 03002*, 03210*, 03211*	

\*auch GOP mit einem beliebigen Buchstabensuffix werden in die Auswertung einbezogen.

Erstellt von InBA am 05.09.2008

## **Anlage 6.7**

Sonderauswertung hausärztliche  
diabetologische Schwerpunktpraxen  
mit Vergleich I.2008 zu I.2007  
(Version 1.1 mit Stand 29.09.2008)

---

# EBM 2008

---

## Wissenschaftliche Begleitung zur Einführung des EBM 2008

### Hausärztliche diabetologische Schwerpunktpraxen

Vergleich I/2008 mit I/2007

Version 1.1  
Stand: 29.09.2008

Institut des  
Bewertungsausschusses



WidO Wissenschaftliches  
Institut der AOK



ZENTRALINSTITUT  
für die kassenärztliche Versorgung  
in der Bundesrepublik Deutschland

---

Institut des Bewertungsausschusses  
Wilhelmstr. 138  
10963 Berlin  
Tel: 030 / 8145260-0  
FAX: 030 / 8145260-19

Wissenschaftliches Institut der AOK  
Kortrijker Str. 1  
53177 Bonn  
Tel.: 0228 / 843-3 93  
FAX: 0228 / 843-144

ZENTRALINSTITUT  
Herbert-Lewin-Platz 3  
10623 Berlin  
Tel: 030 / 4005-2400  
FAX: 030/39 49 37 39

## Inhalt

<b>1</b>	<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Hintergrund und Ziel.....</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>Material und Methoden.....</b>	<b>4</b>
<b>4</b>	<b>Ergebnisse .....</b>	<b>7</b>



# 1 Zusammenfassung

Der Leistungsbedarf je Fall stieg in hausärztlichen diabetologischen Schwerpunktpraxen im Mittel im Untersuchungszeitraum an, wenn auch nicht so stark wie in den übrigen Praxen der drei hier behandelten Fachgruppen.

Je Praxis gab es ebenfalls im Mittel einen Anstieg des Leistungsbedarfs, der bei Allgemeinärzten stärker war als bei den übrigen Praxen dieser Fachgruppe. Bei den beiden anderen Fachgruppen hausärztliche Internisten und fachübergreifende hausärztliche Praxen stieg der Leistungsbedarf im Mittel nicht in dem Maß wie bei den restlichen Praxen dieser Fachgruppen.

Überweisungsfälle haben in hausärztlichen diabetologischen Schwerpunktpraxen im Mittel einen höheren Anteil an allen Fällen als in übrigen hausärztlichen Praxen. Da die Diagnosen dieser Fälle der Datenbasis nicht zu entnehmen sind, lässt sich nicht eingrenzen, wie viel davon auf Diabetiker entfallen. Der Anteil der Überweisungsfälle war überwiegend rückläufig, bis auf allgemeinärztliche diabetologische Schwerpunktpraxen, wo dieses Verhältnis konstant blieb.

Der Leistungsbedarfsanstieg in allgemeinärztlichen diabetologischen Schwerpunktpraxen resultierte insbesondere aus der Abrechnung der Versichertenpauschale und ihrer Teilleistungen, des Chronikerzuschlages und KV-spezifischer GOPs. Aus diesen Segmenten kam auch für alle Praxen der Fachgruppe im wesentlichen der Leistungsbedarfsanstieg im Untersuchungszeitraum. Der Leistungsbedarfsanstieg in hausärztlichen internistischen oder fachübergreifenden diabetologischen Schwerpunktpraxen resultierte insbesondere aus der Abrechnung des Chronikerzuschlages und KV-spezifischer GOPs. Aus der Versichertenpauschale und ihren Teilleistungen kam auch ein gewisser Teil des Leistungsbedarfsanstiegs zustande, jedoch hatte dieses Leistungssegment für diese Praxen nicht die vorrangige Bedeutung, die es für die Gesamtheit aller hausärztlich internistischen oder fachübergreifenden Praxen der Fachgruppe im Untersuchungszeitraum hatte.

Hausärztliche diabetologische Schwerpunktpraxen rechneten im 1. Quartal 2008 anteilig häufiger als alle hausärztlichen Praxen Versichertenpauschalen ab, die bei Überweisung fällig werden (GOP 03121, 03122). Mehrere KV-spezifische GOPs zur Diabetikerversorgung haben vergleichsweise hohen Anteil am Leistungsbedarf dieser Praxen, den höchsten Anteil unter diesen GOPs hat die GOP „90321 DMP Diabetes Typ 2, Leistungskomplex 1mal pro Quartal“ bei allgemeinärztlichen und fachübergreifenden hausärztlichen diabetologischen Schwerpunktpraxen.

## 2 Hintergrund und Ziel

Im Rahmen der Begleitstudie soll besonders die hausärztliche Schwerpunktversorgung analysiert werden. Dazu wurden vier Bereiche vorgegeben.

- Diabetologie
- Hämatologie und Onkologie
- HIV/AIDS
- Rheumatologie

Im folgenden wird die Analyse für hausärztliche Schwerpunktpraxen Diabetologie aus den vorliegenden Abrechnungsdaten aus Brandenburg und Nordrhein dargestellt.<sup>1</sup>

## 3 Material und Methoden

Die vorliegende Darstellung bezieht sich auf alle sowohl in 1/2007 und 1/2008 abrechnenden Arzt- und Psychotherapeutenpraxen in Brandenburg und Nordrhein, aus denen die hausärztlichen Schwerpunktpraxen herausgefiltert wurden. Dazu liegen als Suchkriterien einschlägige Gebührenordnungspositionen (GOP) zu den einzelnen Bereichen der Schwerpunktversorgung vor, die durch den AOK-Bundesverband und das Institut des Bewertungsausschusses vorgeben wurden.

Diese **ausgewählten GOPs Diabetologie** in Brandenburg und Nordrhein sind

- **96057 Nichtärztliche Diabetikerbetreuung in der Schwerpunktpraxis durch einen Diabetesberater**
- **96058 Nichtärztliche Diabetikerbetreuung in der Schwerpunktpraxis durch einen Diabetesassistenten**
- **99303 Insuline und Blutzuckerteststreifen**
- **90310 DMP Diabetes mellitus Typ 2, Betreuungskomplex d. SSP**
- **90310A DMP Diabetes mellitus Typ 1, Betreuungskomplex d. SSP**
- **90911 Insulin-Therapie bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus**

---

<sup>1</sup> Nur für diesen Schwerpunkt konnte eine statistisch belastbare Zahl von Praxen in den Daten gefunden werden.

Eine Hausarztpraxis wird dann als Schwerpunktpraxis angesehen, wenn mindestens eine der ausgewählten GOPs abgerechnet wurde.

Dazu zählen nicht Infusionen nach GOP 01510ff, da diese nicht nur in einem Bereich der Schwerpunktversorgung abgerechnet werden und somit nicht erlauben, Praxen danach abzugrenzen.

Von den insgesamt rund 14.000 Praxen sind rund 5.900 als Hausarztpraxen anzusehen (Tabelle 1).

**Tabelle 1: Identifikation hausärztlicher Praxen**  
in Brandenburg und Nordrhein im 1. Quartal 2007

Abrechnungsgebiet <i>gem. KBV-VDX-Schlüssel</i>	Praxis rechnete hausärztliche Grundvergütung in I/2007 ab		Gesamt
	nein	ja	
Allgemeinärzte	3	3.446	<b>3.449</b>
Internisten <Hausärzte>		1.038	<b>1.038</b>
fachüberggr. Praxen, hausärztlich	21	697	<b>718</b>
Kinderärzte <Hausärzte>		620	<b>620</b>
sonstige	8.102	101	<b>8203</b>
<b>Gesamt</b>	<b>8.126</b>	<b>5.902</b>	<b>14.028</b>

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

©ZI/WIdO/InBA 2008

Von diesen 5.902 Praxen wurden je nach Fachgebiet Schwerpunktpraxen Diabetologie in sehr unterschiedlicher Zahl identifiziert. Die Praxen hatten mindestens eine der ausgewählten GOPs der diabetologischen Schwerpunktversorgung abgerechnet (Tabelle 2).

Damit können für Allgemeinärzte, hausärztliche Internisten und fachübergreifende hausärztliche Praxen Aussagen zur Schwerpunktversorgung gemacht werden.

Unter hausärztlichen Kinderarztpraxen sind im vorliegenden Material nur einzelne diabetologische Schwerpunktpraxen zu finden, für dieses Fachgebiet ist also keine Aussage zur Fragestellung zu treffen.



**Tabelle 2: Identifikation hausärztlicher Schwerpunktpraxen**  
in Brandenburg und Nordrhein im 1. Quartal 2007

Hausärztliche Praxen nach Abrechnungsgebiet	Hausarztpraxis rechnete ausgewählte GOP Diabetologie ab		Gesamt
	nein	ja	
Allgemeinärzte	3362	<b>84</b>	3446
Internisten <Hausärzte>	948	<b>90</b>	1038
fachübergr. Praxen, hausärztlich	631	<b>66</b>	697
Kinderärzte <Hausärzte>	618	<b>2</b>	620
sonstige	94	<b>7</b>	101

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

©ZI/WIdO/InBA 2008

Um die typische hausärztliche Schwerpunktversorgung Diabetologie darstellen zu können, werden Praxen nicht berücksichtigt, die zusätzlich noch Schwerpunktversorgung in weiteren Bereichen leisten (Tabelle 3).

**Tabelle 3: Kombinierte Schwerpunktversorgung**  
in hausärztlichen Schwerpunktpraxen Diabetologie

in Brandenburg und Nordrhein im 1. Quartal 2007

Hausärztliche Praxen nach Abrechnungsgebiet	Hausarztpraxis leistete Schwerpunkt- versorgung in weiteren Bereichen		Gesamt
	nein	ja	
Allgemeinärzte	84		84
Internisten <Hausärzte>	87	3	90
fachübergr. Praxen, hausärztlich	63	3	66
Kinderärzte <Hausärzte>	2		2
sonstige	6	1	7

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

©ZI/WIdO/InBA 2008

Die überwiegende Zahl dieser Praxen rechnete auch in 1/2008 die hier ausgewählten GOPs ab und bildet damit die Datenbasis der vorliegenden Analyse – wie Tabelle 4 zu entnehmen.





**Tabelle 4: Analysegesamtheit:**  
**hausärztliche diabetologische Schwerpunktpraxen**  
**mit Leistungsdaten in den Vergleichsquartalen I/2007 und I/2008**  
**in den KVen Brandenburg und Nordrhein**

<b>Abrechnungsgebiet</b> <i>gem. KBV-VDX-Schlüssel</i>	<b>hausärztliche diabetologische Schwerpunktpraxen</b>
Allgemeinärzte	<b>76</b>
Internisten <Hausärzte>	<b>85</b>
fachübergr. Praxen, hausärztlich	<b>59</b>
<b>Gesamt</b>	<b>220</b>

©ZI/WldO/InBA 2008

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

## 4 Ergebnisse

Der Leistungsbedarf je Fall stieg in hausärztlichen diabetologischen Schwerpunktpraxen im Mittel im Untersuchungszeitraum an, wenn auch nicht so stark wie in den übrigen Praxen der drei hier behandelten Fachgruppen<sup>2</sup>.

Je Praxis gab es ebenfalls im Mittel einen Anstieg des Leistungsbedarfs, der bei Allgemeinärzten stärker war als bei den übrigen Praxen dieser Fachgruppe. Bei den beiden anderen Fachgruppen hausärztliche Internisten und fachübergreifende hausärztliche Praxen stieg der Leistungsbedarf im Mittel nicht in dem Maß wie bei den restlichen Praxen dieser Fachgruppen.

Überweisungsfälle haben in hausärztlichen diabetologischen Schwerpunktpraxen im Mittel einen höheren Anteil an allen Fällen als in übrigen hausärztlichen Praxen. Da die Diagnosen dieser Fälle der Datenbasis nicht zu entnehmen sind, lässt sich nicht eingrenzen, wie viel davon auf Diabetiker entfallen.

Der Anteil der Überweisungsfälle war überwiegend rückläufig, bis auf allgemeinärztliche diabetologische Schwerpunktpraxen, wo dieses Verhältnis konstant blieb (vgl. Tabelle 5).

---

<sup>2</sup> Das umfaßt alle Praxen der ausgewählten Abrechnungsgebiete (vgl. Tabelle 1).

**Tabelle 5: Vergleich der Leistungsbedarfsentwicklung und Anteil Überweisungsfälle in hausärztlichen Schwerpunktpraxen Diabetologie sowie übrigen Hausarztpraxen**

in Brandenburg und Nordrhein im 1. Quartal 2007 und 1. Quartal 2008

Praxen/ Leistungsindikatoren	hausärztliche diabetologische Schwerpunktversorgung					
	Allgemeinärzte		Internisten <Hausärzte>		fachüberg. Praxen, hausärztlich	
	nein	ja	nein	ja	nein	ja
Praxen	3373	76	953	85	659	59
Leistungsbedarf je Praxis 1/2008	1.618.462	2.475.135	1.594.549	2.521.396	2.519.086	3.559.024
Leistungsbedarf je Praxis 1/2007	1.391.527	2.082.982	1.387.112	2.218.331	2.264.525	3.225.243
Veränd. Leistungsbedarf je Praxis in %	16,3	18,8	15,0	13,7	11,2	10,3
Leistungsbedarf je Fall 1/2008	1.527,97	1.781,33	1.578,43	2.065,28	1.715,37	1.960,40
Leistungsbedarf je Fall 1/2007	1.340,49	1.579,02	1.397,94	1.876,80	1.567,36	1.793,29
Veränd. Leistungsbedarf je Fall in %	14,0	12,8	12,9	10,0	9,4	9,3
Anteil Überweisungen an allen Fällen in % 1/2008	5,5	12,0	7,9	27,7	12,3	17,6
Anteil Überweisungen an allen Fällen in % 1/2007	6,2	12,0	8,9	28,3	13,5	18,0
Veränd. Anteil Überweisungen an allen Fällen in %punkten	-,7	,0	-1,0	-,5	-1,2	-,4

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

©ZI/WIdO/InBA 2008

Der Leistungsbedarfsanstieg in allgemeinärztlichen diabetologischen Schwerpunktpraxen resultierte insbesondere aus der Abrechnung der Versichertenpauschale und ihrer Teilleistungen, des Chronikerzuschlages und KV-spezifischer GOPs. Aus diesen Segmenten kam auch für alle Praxen der Fachgruppe im wesentlichen der Leistungsbedarfsanstieg im Untersuchungszeitraum.

Allgemeinärztliche diabetologische Schwerpunktpraxen hatten in beiden Untersuchungsquartalen einen geringeren Leistungsbedarfsanteil in Versichertenpauschalen und ihren Teilleistungen als die Gesamtheit allgemeinärztlicher Praxen, jedoch entfiel ein höherer Anteil auf KV-spezifische GOPs, darunter GOPs der diabetischen Schwerpunktversorgung (vgl. Tabelle 6).

### **Tabelle 6: Vergleich der Leistungsbedarfsänderung\* und -verteilung in allgemeinärztlichen hausärztlichen diabetologischen Schwerpunktpraxen sowie allen allgemeinärztlichen Praxen**

der KVen Brandenburg und Nordrhein im Mittel je Praxis i  
m 1. Quartal 2007 und 1. Quartal 2008

Leistungssegment	alle Praxen der Fachgruppe				hausärztliche diabetologische Schwerpunktpraxen			
	Veränd. Leistungsbedarf* in Punkten im Mittel je Praxis von I/07 auf I/08	Veränd. in %	Anteil am Gesamtleistungsbedarf* in % in I/07	Anteil am Gesamtleistungsbedarf* in % in I/08	Veränd. Leistungsbedarf* in Punkten im Mittel je Praxis von I/07 auf I/08	Veränd. in %	Anteil am Gesamtleistungsbedarf* in % in I/07	Anteil am Gesamtleistungsbedarf* in % in I/08
Versicherten-, Konsultat.-pauschale, Teilleistungen, telef. Pat.-beratung, schmerzther. Grundpauschale	111.042	13,5	58,4	56,9	134.143	12,9	49,9	47,4
Chronikerzuschlag	57.442	32,5	12,6	14,3	92.976	39	11,5	13,4
Qualitätszuschlag Psychosomatik	-1.781	-10,9	1,2	0,9	5.713	39	0,7	0,8
Besonders förderungswürdige Einzelleistungen und Leistungskomplexe	5.439	69,4	0,6	0,8	9.964	63	0,8	1,0
Besondere Inanspruchnahme, Notfallleistungen, Besuche, Visiten, Verwaltungskomplex	13.415	12,7	7,5	7,3	18.580	14,2	6,3	6,0
Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch	5.851	11,8	3,5	3,4	12.958	20,1	3,1	3,1
Übrige arztgruppenübergreifende allgemeine GOP	1.023	4,4	1,7	1,5	376	1,8	1,0	0,9
Spezielle Versorgungsbereiche	5.857	24	1,7	1,8	11.776	33,4	1,7	1,9
Ambulante Operationen, Anästhesien, präoperative, postoperative und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen **	878	19	0,3	0,3	2.430	38,7	0,3	0,4
Laborleistungen	159	0,2	4,8	4,1	5.723	6,1	4,5	4,0
Ultraschalldiagnostik	784	4,7	1,2	1,1	6.029	19,2	1,5	1,5
Psychotherapie	1.981	29,1	0,5	0,5	3.582	14,6	0,1	0,2
Kostenpauschalen	-183	-3,6	0,4	0,3	808	12,2	0,3	0,3
Sonstige GOP des EBM	-638	-33,2	0,1	0,1	253	22,7	0,1	0,1
KV-spezifische GOP (GOP>40855, ohne codierte Zusatznummern)	29.306	36,6	5,7	6,7	86.843	22,8	18,3	18,9
<b>GESAMT</b>	<b>230.576</b>	<b>16,4</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>392.153</b>	<b>18,8</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

\*sachlich-rechnerisch richtig, Leist.-bed. in Euro mit 5,11 Cent in Punkte umgerechnet

KV-spezifische GOP<40855 sind Segmenten entsprechender bundeseinheitlicher GOPs zugeordnet

\*\*1/2007 incl. belegärztl. Leist.

©ZI/WiDO/InBA 2008

Der Leistungsbedarfsanstieg in hausärztlichen internistischen diabetologischen Schwerpunktpraxen resultierte insbesondere aus der Abrechnung des Chronikerzuschlages und KV-spezifischer GOPs. Aus der Versichertenpauschale und ihren Teilleistungen kam auch ein gewisser Teil des Leistungsbedarfsanstiegs zustande, jedoch hatte dieses Leistungssegment für diese Praxen nicht die vorrangige Bedeutung, die es für die Gesamtheit aller hausärztlich internistischen Praxen der Fachgruppe im Untersuchungszeitraum hatte (vgl. Tabelle 7).

**Tabelle 7: Vergleich der Leistungsbedarfsänderung\* und -verteilung in internistischen hausärztlichen diabetologischen Schwerpunktpraxen sowie allen internistischen hausärztlichen Praxen**

der KVen Brandenburg und Nordrhein im Mittel je Praxis i

m 1. Quartal 2007 und 1. Quartal 2008

Leistungssegment	alle Praxen der Fachgruppe				hausärztliche diabetologische Schwerpunktpraxen			
	Veränd. Leistungsbedarf* in Punkten im Mittel je Praxis von I/07 auf I/08	Veränd. in %	Anteil am Gesamtleistungsbedarf* in % in I/07	Anteil am Gesamtleistungsbedarf* in % in I/08	Veränd. Leistungsbedarf* in Punkten im Mittel je Praxis von I/07 auf I/08	Veränd. in %	Anteil am Gesamtleistungsbedarf* in % in I/07	Anteil am Gesamtleistungsbedarf* in % in I/08
Versicherten-, Konsultat.-pauschale, Teilleistungen, telef. Pat.-beratung, schmerzther. Grundpauschale	98.022	12,3	54,7	53,5	38.013	4	42,3	38,7
Chronikerzuschlag	57.651	28,7	13,8	15,5	127.406	56,7	10,1	14,0
Qualitätszuschlag Psychosomatik	2.118	26	0,6	0,6	5.009	56,6	0,4	0,5
Besonders förderungswürdige Einzelleistungen und Leistungskomplexe	6.817	30,7	1,5	1,7	8.571	42	0,9	1,1
Besondere Inanspruchnahme, Notfalleistungen, Besuche, Visiten, Verwaltungskomplex	3.070	3,6	5,8	5,2	3.854	5,1	3,4	3,1
Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch	7.617	13,5	3,9	3,8	7.623	13,8	2,5	2,5
Übrige arztgruppenübergreifende allgemeine GOP	155	1,5	0,7	0,6	-2.828	-16,1	0,8	0,6
Spezielle Versorgungsbereiche	1.532	15,6	0,7	0,7	610	6,7	0,4	0,4
Ambulante Operationen, Anästhesien, präoperative, postoperative und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen **	998	21	0,3	0,3	365	7,8	0,2	0,2
Laborleistungen	331	0,5	4,9	4,3	2.447	2,8	4,0	3,6
Ultraschalldiagnostik	1.894	4,3	3,0	2,7	1.979	4,8	1,9	1,7
Psychotherapie	452	31,9	0,1	0,1	-271	-19,9	0,1	0,0
Kostenpauschalen	240	3,2	0,5	0,5	-131	-2,7	0,2	0,2
Sonstige GOP des EBM	827	30,1	0,2	0,2	5.608	1562	0,0	0,2
KV-spezifische GOP (GOP>40855, ohne codierte Zusatznummern)	33.544	24,9	9,3	10,1	104.811	14,4	32,8	33,0
<b>GESAMT</b>	<b>215.268</b>	<b>14,8</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>303.064</b>	<b>13,7</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

\*sachlich-rechnerisch richtig, Leist.-bed. in Euro mit 5,11 Cent in Punkte umgerechnet

KV-spezifische GOP<40855 sind Segmenten entsprechender bundeseinheitlicher GOPs zugeordnet

\*\*1/2007 incl. belegärztl. Leist.

©ZI/WiDO/InBA 2008

Hausärztliche internistische diabetologische Schwerpunktpraxen hatten in beiden Untersuchungsquartalen einen geringeren Leistungsbedarfsanteil in Versichertenpauschalen und ihren Teilleistungen als die Gesamtheit allgemeinärztlicher Praxen, jedoch entfiel ein höherer Anteil auf KV-spezifische GOPs, darunter GOPs der diabetischen Schwerpunktversorgung.

Auch in hausärztlichen fachübergreifenden diabetologischen Schwerpunktpraxen resultierte der Leistungsbedarfsanstieg insbesondere aus der Abrechnung des Chronikerzuschlages und KV-spezifischer GOPs (vgl. Tabelle 8).

**Tabelle 8: Vergleich der Leistungsbedarfsänderung\* und -verteilung in fachübergreifenden hausärztlichen diabetologischen Schwerpunktpraxen sowie allen fachübergreifenden hausärztlichen Praxen**

der KVen Brandenburg und Nordrhein im Mittel je Praxis i  
m 1. Quartal 2007 und 1. Quartal 2008

Leistungssegment	alle Praxen der Fachgruppe				hausärztliche diabetologische Schwerpunktpraxen			
	Veränd. Leistungsbedarf* in Punkten im Mittel je Praxis von I/07 auf I/08	Veränd. in %	Anteil am Gesamtleistungsbedarf* in % in I/07	Anteil am Gesamtleistungsbedarf* in % in I/08	Veränd. Leistungsbedarf* in Punkten im Mittel je Praxis von I/07 auf I/08	Veränd. in %	Anteil am Gesamtleistungsbedarf* in % in I/07	Anteil am Gesamtleistungsbedarf* in % in I/08
Versicherten-, Konsultat.-pauschale, Teilleistungen, telef. Pat.-beratung, schmerzther. Grundpauschale	65.332	5,6	49,5	47,0	51.985	3,6	44,3	41,6
Chronikerzuschlag	77.274	30,7	10,7	12,6	109.269	30,2	11,2	13,2
Qualitätszuschlag Psychosomatik	3.601	24	0,6	0,7	8.031	44,1	0,6	0,7
Besonders förderungswürdige Einzelleistungen und Leistungskomplexe	7.129	21,4	1,4	1,6	10.141	21,8	1,4	1,6
Besondere Inanspruchnahme, Notfallleistungen, Besuche, Visiten, Verwaltungskomplex	10.361	8,5	5,2	5,1	12.661	8,6	4,6	4,5
Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch	10.202	12,5	3,5	3,5	11.489	11,1	3,2	3,2
Übrige arztgruppenübergreifende allgemeine GOP	-1.368	-10,1	0,6	0,5	-5.678	-25,9	0,7	0,5
Spezielle Versorgungsbereiche	3.133	12,7	1,1	1,1	1.541	4	1,2	1,1
Ambulante Operationen, Anästhesien, präoperative, postoperative und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen **	1.421	21,9	0,3	0,3	1.131	12,7	0,3	0,3
Laborleistungen	429	0,4	4,5	4,1	-935	-0,7	4,3	3,9
Ultraschalldiagnostik	3.120	3,7	3,6	3,4	12.695	10,9	3,6	3,6
Psychotherapie	583	18	0,1	0,1	.	.	.	.
Kostenpauschalen	248	0,5	2,1	1,9	307	3,7	0,3	0,2
Sonstige GOP des EBM	34.897	15,5	9,6	10,0	31.272	29,6	3,3	3,8
KV-spezifische GOP (GOP>40855, ohne codierte Zusatznummern)	44.708	26,7	7,1	8,1	89.872	13,2	21,0	21,6
<b>GESAMT</b>	<b>261.071</b>	<b>11,1</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>333.781</b>	<b>10,3</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

\*sachlich-rechnerisch richtig, Leist.-bed. in Euro mit 5,11 Cent in Punkte umgerechnet

KV-spezifische GOP<40855 sind Segmenten entsprechender bundeseinheitlicher GOPs zugeordnet

\*\*1/2007 incl. belegärztl.. Leist.

©ZI/WIdO/InBA 2008

Aus der Versichertenpauschale und ihren Teilleistungen kam auch ein gewisser Teil des Leistungsbedarfsanstiegs zustande, jedoch hatte dieses Leistungssegment für diese Praxen nicht die vorrangige Bedeutung, die es für die Gesamtheit aller hausärztlich internistischen Praxen der Fachgruppe im Untersuchungszeitraum hatte.

Hausärztliche fachübergreifende diabetologische Schwerpunktpraxen hatten in beiden Untersuchungsquartalen einen geringeren Leistungsbedarfsanteil in Versichertenpauschalen und ihren Teilleistungen als die Gesamtheit allgemeinärztlicher Praxen, jedoch entfiel ein höherer Anteil auf KV-spezifische GOPs, darunter GOPs der diabetischen Schwerpunktversorgung.

Das **Leistungsspektrum hausärztlicher diabetologischer Schwerpunktpraxen** weicht deutlich ab vom Leistungsspektrum aller hausärztlich tätigen Praxen. Das zeigt der Vergleich der Rangfolge von Gebührenordnungspositionen dieser Praxen nach dem Anteil ihres Leistungsbedarfes mit allen übrigen Praxen in allen drei hier betrachteten Abrechnungsgruppen.

Wie die Tabellen 9,10 und 11 zeigen, rechneten hausärztliche diabetologische Schwerpunktpraxen im **1. Quartal 2008** anteilig häufiger als alle hausärztlichen Praxen Versichertenpauschalen ab, die bei Überweisung fällig werden (GOP 03121, 03122).

Mehrere KV-spezifische GOPs zur Diabetikerversorgung haben vergleichsweise hohen Anteil am Leistungsbedarf dieser Praxen, den höchsten Anteil unter diesen GOPs hat die GOP „90321 DMP Diabetes Typ 2, Leistungskomplex 1mal pro Quartal“ bei allgemeinärztlichen und fachübergreifenden hausärztlichen diabetologischen Schwerpunktpraxen (vgl. Tabelle 9 und 10).

Im **1. Quartal 2007** (Tabellen 12,13 und 14) gab es im EBM keine Versichertenpauschalen, die damals gültigen Ordinationskomplexe gab es nicht speziell für Überweisungsfälle. Auch in diesem Quartal war der Anteil KV-spezifischer GOPs zur Diabetikerversorgung in hausärztlichen diabetologischen Schwerpunktpraxen überdurchschnittlich hoch, verglichen mit allen hausärztlichen Praxen.

**Tabelle 9: Vergleich der Verteilung des Leistungsbedarfs\* von  
allgemeinärztlichen hausärztlichen diabetologischen Schwerpunktpraxen  
mit allen allgemeinärztlichen Praxen**

in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 1. Quartal 2008

Allgemeinärzte			Anteil in % am Leistungsbedarf der Praxen diabetologischer Schwerpunktversorgung	Anteil am Leistungsbedarf der Fachgruppe in %
Rang	1	03111 Versichertenpauschale 6. - 59. Lebensjahr	26,5	33,0
	2	03112 Versichertenpauschale ab 60. Lebensjahr	17,6	21,6
	3	03212 Zuschlag zu den Versichertenpauschalen nach den Nrn. 03110 bis 03112 .	13,4	14,3
	4	90321 DMP Diabetes Typ 2, Leistungskomplex 1 mal pro Quartal	3,4	1,5
	5	01732 Gesundheitsuntersuchung	2,7	2,9
	6	32001 Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen	2,2	2,6
	7	01410 Besuch	1,8	2,5
	8	90310 DMP Diabetes mellitus Typ 2, Betreuungskomplex d. SSP	1,6	,1
	9	90325 Erstellung der Folgedokumentation DMP Diab. II	1,6	,7
	10	03122 Versichertenpauschale ab 60. Lebensjahr	1,5	,6
	11	33042 Abdominelle Sonographie	1,3	,8
	12	03121 Versichertenpauschale 6. - 59. Lebensjahr	1,2	,9
	13	90300 DMP Diabetes mellitus Typ 2, Neueinstellung Diabetiker Typ 2 Diabetiker inkl. Schulung (7 DStd.)	1,0	,0
	14	90307 DMP Diabetes mellitus Typ 2, Einzelschulung bei lebensverändernden Situationen	,9	,0
	15	01411 Dringender Besuch I	,9	1,1
	16	01415 Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mi	,9	,8
	17	03235 Qualifikation Psychosomatik	,8	,9
	18	30791 Durchführung einer Körperakupunktur	,8	1,0
	19	01413 Besuch eines weiteren Kranken	,8	,7
	20	92002 Hausarztzentrierte Versorgung Ersatzkassen, Steuerungspauschale bei mind. einem Arzt-Patientenkontakt im Quartal	,7	,5
	21	96040 Strukturvertrag Diabetes - Betreuung von Patienten gem. Â§ 2 Abs. 2 Nr. 1-5 des Vertrages / Im 1. Behandlungsquart	,7	,0
	22	01210 Notfallpauschale	,6	,6
	23	90511 Erstellung Folgedokumentation KHK	,6	,3
	24	90302 DMP Diabetes mellitus Typ 2, Neueinstellung von Typ 2 Diabetikern z. Zeitpkt. der Krankheitsentdeckung (ohne Schul	,6	,0
	25	96057 Strukturvertrag Diabetes - NichtÄrztliche Diabetikerbetreuung in der Schwerpunktpraxis durch einen Diabetesberate	,6	,0

Allgemeinärzte			Anteil in % am Leistungsbedarf der Praxen diabetologischer Schwerpunktversorgung	Anteil am Leistungsbedarf der Fachgruppe in %
26	90305 DMP Diabetes mellitus Typ 2, Diagn. diab. Neuropathie und der angiologischer Probleme	,5	,0	
27	90304 DMP Diabetes mellitus Typ 1, Betreuung von schwangeren Diabetikerinnen	,5	,0	
28	90306 DMP Diabetes mellitus Typ 2, Versorgung diabetischer Fußläsionen	,5	0	
29	03110 Versichertenpauschale bis 5. Lebensjahr	,4	,7	
30	01211 Zusatzpauschale Besuchsbereitschaft	,4	,4	
31	01412 Dringender Besuch II	,4	,5	
32	03321 Belastungs-Elektrokardiographie (Belastungs-EKG)	,3	,2	
33	96041 Strukturvertrag Diabetes - Betreuung von Patienten gem. Â§ 2 Abs. 2 Nr. 1-5 des Vertrages / Im Folgequartal bei fr	,3	,0	
34	90335 DMP Diabetes mellitus Typ 1, Erstellung der Folgedokumentation	,3	,0	
35	96011 DMP - Vertrag Diabetes Typ 2 - Erstellung und Versand der Folgedokumentationen durch den koordinierenden Vertragsa	,3	,3	
36	32094 HbA1, HbA1c	,3	,2	
37	03330 Spirographische Untersuchung	,3	,2	
38	02311 Behandlung Diabetischer Fuß	,2	,0	
39	90324 DMP Diabetes mellitus Typ 2, Information, Beratung u. Erstdokumentation DMP Diab. II	,2	,1	
40	90225 DMP COPD, Folgedokumentation	,2	,1	
41	01731 Krebsfrüherkennungs-Untersuchung beim Mann	,2	,2	
42	32101 TSH	,2	,2	
43	98013 Progr. Ärztl. Schulung von Typ II Diabetikern oh. Insulin	,2	,1	
44	92101 Hausarztzentrierte Versorgung Primärk., Betreuungspauschale einmal im Behandlungsfall	,2	,2	
45	90000 eDMP zusätzliche Vergütung zur Erstdokumentation bei elektron. Dokumentation Quartale 4/07 und 1/08	,2	,1	
46	30201 Chirotherapeutischer Eingriff an der Wirbelsäule	,2	,2	
47	90301 DMP Diabetes mellitus Typ 2, Umstellung Älterer Typ 2 Diabetiker auf Insulin (ohne Schulung)	,2	,0	
48	31013 Operationvorbereitung bei Patienten nach Vollendung des 60. Lebensjahres	,2	,2	
49	30790 Eingangsdagnostik und Abschlussuntersuchung zur Behandlung mittels Körperakupunktur	,2	,2	
50	96022 DMP - KHK - Schulung von Typ 2-Diabetikern mit Insulinbehandlung für den 1. und 2. Patienten jeweils (je Patient	,2	,0	

\*sachlich-rechnerisch richtig - Leist.-bed. in Euro mit 5,11 Cent in Punkte umgerechnet

©ZI/WIdO/InBA 2008



**Ta-**

**belle 10: Vergleich der Verteilung des Leistungsbedarfs\* von  
fachübergreifenden hausärztlichen diabetologischen Schwerpunktpraxen  
mit allen fachübergreifenden hausärztlichen Praxen  
in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 1. Quartal 2008**

fachüberggr. Praxen, hausärztlich			Anteil in % am Leistungsbedarf der Praxen diabetologischer Schwerpunktversorgung	Anteil am Leistungsbedarf der Fachgruppe in %
Rang	1	03111 Versichertenpauschale 6. - 59. Lebensjahr	19,4	22,9
	2	03112 Versichertenpauschale ab 60. Lebensjahr	19,2	21,1
	3	03212 Zuschlag zu den Versichertenpauschalen nach den Nrn. 03110 bis 03112 .	13,2	12,6
	4	90321 DMP Diabetes Typ 2, Leistungskomplex 1 mal pro Quartal	3,3	1,9
	5	01732 Gesundheitsuntersuchung	2,9	3,0
	6	33042 Abdominelle Sonographie	2,1	2,1
	7	90310 DMP Diabetes mellitus Typ 2, Betreuungskomplex d. SSP	2,1	,3
	8	32001 Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen	2,0	2,3
	9	90300 DMP Diabetes mellitus Typ 2, Neueinstellung Diabetiker Typ 2 Diabetiker inkl. Schulung (7 DStd.)	1,7	,2
	10	03122 Versichertenpauschale ab 60. Lebensjahr	1,7	,9
	11	90325 Erstellung der Folgedokumentation DMP Diab. II	1,5	,9
	12	90307 DMP Diabetes mellitus Typ 2, Einzelschulung bei lebensverÄndernden Situationen	1,5	,2
	13	01410 Besuch	1,4	1,6
	14	13400 Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie	1,3	2,0
	15	90302 DMP Diabetes mellitus Typ 2, Neueinstellung von Typ 2 Diabetikern z. Zeitpkt. der Krankheitsentdeckung (ohne Schul	1,2	,2
	16	03121 Versichertenpauschale 6. - 59. Lebensjahr	1,2	,8
	17	01415 Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mi	,8	,7
	18	01411 Dringender Besuch I	,8	,8
	19	90304 DMP Diabetes mellitus Typ 1, Betreuung von schwangeren Diabetikerinnen	,8	,1
	20	03321 Belastungs-Elektrokardiographie (Belastungs-EKG)	,8	,7
	21	03235 Qualifikation Psychosomatik	,7	,7
	22	90306 DMP Diabetes mellitus Typ 2, Versorgung diab. Fußläsionen	,7	,1
	23	90305 DMP Diabetes mellits Typ 2, Diagn. diab. Neuropathie und der angiologischer Probleme	,7	,1
	24	30791 Durchführung einer Körperakupunktur	,7	,5
	25	90511 Erstellung Folgedokumentation KHK	,6	,4
	26	92002 Hausarztzentrierte Versorgung Ersatzkassen, Steuerungspauschale bei mind. einem Arzt-Patientenkontakt im Quartal	,6	,5
	27	13212 Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	,6	,4
	28	13211 Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	,5	,4
	29	98019 Schulungsprogramm MEDIAS 2, max. 200Ä€	,5	,1
	30	33012 Schilddrüsen - Sonographie	,5	,4
	31	90301 DMP Diabetes mellitus Typ 2, Umstellung Älterer Typ 2 Diabteiker auf Insulin (ohne Schulung)	,4	,1

fachüberggr. Praxen, hausärztlich			Anteil in % am Leistungsbedarf der Praxen diabetologischer Schwerpunktversorgung	Anteil am Leistungsbedarf der Fachgruppe in %
32		96040 Strukturvertrag Diabetes - Betreuung von Patienten gem. Â§ 2 Abs. 2 Nr. 1-5 des Vertrages / Im 1. Behandlungsquart	,4	,0
33		98013 Progr. Ärztl. Schulung von Typ II Diabetikern oh. Insulin	,4	,1
34		33022 Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	,4	,2
35		96041 Strukturvertrag Diabetes - Betreuung von Patienten gem. Â§ 2 Abs. 2 Nr. 1-5 des Vertrages / Im Folgequartal bei fr	,3	,0
36		01413 Besuch eines weiteren Kranken	,3	,5
37		01210 Notfallpauschale	,3	,5
38		90335 DMP Diabetes mellitus Typ 1, Erstellung der Folgedokumentation	,3	,0
39		13421 Zusatzpauschale Koloskopie	,3	,9
40		96057 Strukturvertrag Diabetes - NichtÄrztliche Diabetikerbetreuung in der Schwerpunktpraxis durch einen Diabetesberater	,3	,0
41		13650 Zusatzpauschale Pneumologisch-Diagnostischer Komplex	,3	,2
42		01741 Totale Koloskopie gem. Krebsfrüherkennungsrichtlinien	,3	,6
43		03330 Spirographische Untersuchung	,3	,3
44		13250 Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung	,3	,2
45		32101 TSH	,3	,2
46		98014 Progr. Ärztl. Schulung von Typ II Diabetikern mit Insulin	,3	,0
47		90324 DMP Diabetes mellitus Typ 2, Information, Beratung u. Erstdokumentation DMP Diab. II	,2	,2
48		32094 HbA1, HbA1c	,2	,2
49		98009	,2	,0
50		01211 Zusatzpauschale Besuchsbereitschaft	,2	,3

\*sachlich-rechnerisch richtig - Leist.-bed. in Euro mit 5,11 Cent in Punkte umgerechnet

©ZI/WIdO/InBA 2008



**Tabelle 11: Vergleich der Verteilung des Leistungsbedarfs\* von internistischen hausärztlichen diabetologischen Schwerpunktpraxen mit allen internistischen hausärztlichen Praxen in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 1. Quartal 2008**

Internisten (Hausärzte)			Anteil in % am Leistungsbedarf der Praxen diabetologischer Schwerpunktversorgung	Anteil am Leistungsbedarf der Fachgruppe in %
Rang	1	03112 Versichertenpauschale ab 60. Lebensjahr	18,5	27,1
	2	03111 Versichertenpauschale 6. - 59. Lebensjahr	14,9	24,1
	3	03212 Zuschlag zu den Versichertenpauschalen nach den Nrn. 03110 bis 03112	14,0	15,5
	4	90310 DMP Diabetes mellitus Typ 2, Betreuungskomplex d. SSP	3,4	,4
	5	03122 Versichertenpauschale ab 60. Lebensjahr	3,4	1,1
	6	96040 Strukturvertrag Diabetes - Betreuung von Patienten gem. Â§ 2 Abs. 2 Nr. 1-5 des Vertrages / Im 1. Behandlungsquart	2,9	,4
	7	90321 DMP Diabetes Typ 2, Leistungskomplex 1mal pro Quartal	2,5	2,0
	8	90307 DMP Diabetes mellitus Typ 2, Einzelschulung bei lebensverändernden Situationen	2,5	,3
	9	90300 DMP Diabetes mellitus Typ 2, Neueinstellung Diabetiker Typ 2 Diabetiker inkl. Schulung (7 DStd.)	2,2	,3
	10	01732 Gesundheitsuntersuchung	2,2	3,4
	11	32001 Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen	1,9	2,5
	12	96057 Strukturvertrag Diabetes - Nichtärztliche Diabetikerbetreuung in der Schwerpunktpraxis durch einen Diabetesberater	1,9	,2
	13	03121 Versichertenpauschale 6. - 59. Lebensjahr	1,9	1,0
	14	90302 DMP Diabetes mellitus Typ 2, Neueinstellung von Typ 2 Diabetikern z. Zeitpkt. der Krankheitsentdeckung (ohne Schul	1,7	,2
	15	96041 Strukturvertrag Diabetes - Betreuung von Patienten gem. Â§ 2 Abs. 2 Nr. 1-5 des Vertrages / Im Folgequartal bei fr	1,3	,2
	16	33042 Abdominelle Sonographie	1,3	2,1
	17	96011 DMP - Vertrag Diabetes Typ 2 - Erstellung und Versand der Folgedokumentationen durch den koordinierenden Vertragsa	1,2	,3
	18	90305 DMP Diabetes mellitus Typ 2, Diagn. diab. Neuropathie und der angiologischer Probleme	1,2	,1
	19	90325 Erstellung der Folgedokumentation DMP Diab. II	1,1	,9
	20	90306 DMP Diabetes mellitus Typ 2, Versorgung diab. Fußläsionen	1,1	,1
	21	90304 DMP Diabetes mellitus Typ 1, Betreuung von schwangeren Diabetikerinnen	1,0	,1
	22	01410 Besuch	1,0	1,7
	23	01411 Dringender Besuch I	,6	,9
	24	96012 DMP - Vertrag Diabetes Typ 2 - Betreuungspauschale f¼r den koordinierenden Vertragsarzt, je Behandlungsfall	,6	,4

Internisten (Hausärzte)		Anteil in % am Leistungsbedarf der Praxen diabetologischer Schwerpunktversorgung	Anteil am Leistungsbedarf der Fachgruppe in %
25	96042 Strukturvertrag Diabetes - Betreuung von Patienten gem. Â§ 2 Abs. 2 Nr. 1-5 des Vertrages / Im Folgequartal bei da	,6	,1
26	03235 Qualifikation Psychosomatik	,5	,6
27	90301 DMP Diabetes mellitus Typ 2, Umstellung Älterer Typ 2 Diabetiker auf Insulin (ohne Schulung)	,5	,1
28	90335 DMP Diabetes mellitus Typ 1, Erstellung der Folgedokumentation	,5	,1
29	03321 Belastungs-Elektrokardiographie (Belastungs-EKG)	,5	,8
30	01415 Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mi	,4	,7
31	98013 Progr. Ärztl. Schulung von Typ II Diabetikern oh. Insulin	,4	,1
32	98014 Progr. Ärztl. Schulung von Typ II Diabetikern mit Insulin	,4	,1
33	90511 Erstellung Folgedokumentation KHK	,4	,4
34	98019 Schulungsprogramm MEDIAS 2, max. 200Ä€	,4	,0
35	96022 DMP - KHK - Schulung von Typ 2-Diabetikern mit Insulinbehandlung fÄ¼r den 1. und 2. Patienten jeweils (je Patient	,4	,1
36	96023 DMP - KHK - Schulung von Typ 2-Diabetikern mit Insulinbehandlung ab dem 3. Patienten jeweils (je Patient und Schul	,4	,0
37	32094 HbA1, HbA1c	,3	,3
38	02311 Behandlung Diabetischer Fuß	,3	,1
39	98009	,3	,0
40	92002 Hausarztzentrierte Versorgung Ersatzkassen, Steuerungspauschale bei mind. einem Arzt-Patientenkontakt im Quartal	,3	,4
41	01210 Notfallpauschale	,3	,5
42	33012 Schilddrüsen - Sonographie	,3	,4
43	96020 DMP - KHK - Schulung von Typ 2-Diabetikern ohne Insulinbehandlung fÄ¼r den 1. und 2. Patienten jeweils (je Patient	,2	,0
44	32089 Zuschlag Trägergebundene Reagenzien	,2	,1
45	96091 DMP Typ1 / Erstellung und Versand der Folgedokumentationen durch VertragsÄrzte nach Â§ 3 oder Â§ 4 des Vertrages	,2	,0
46	01413 Besuch eines weiteren Kranken	,2	,6
47	03330 Spirographische Untersuchung	,2	,3
48	90324 DMP Diabetes mellitus Typ 2, Information, Beratung u. Erstdokumentation DMP Diab. II	,2	,2
49	01211 Zusatzpauschale Besuchsbereitschaft	,2	,3
50	32101 TSH	,2	,3

\*sachlich-rechnerisch richtig - Leist.-bed. in Euro mit 5,11 Cent in Punkte umgerechnet

©ZI/WIdO/InBA 2008



**Tabelle 12: Vergleich der Verteilung des Leistungsbedarfs\* von  
allgemeinärztlichen hausärztlichen diabetologischen Schwerpunktpraxen  
mit allen allgemeinärztlichen Praxen**

in den KVen Brandenburg und Nordrhein im **Vergleichsquartal 1. Quartal 2007**

Allgemeinärzte			Anteil in % am Leistungsbedarf der Praxen diabetologischer Schwerpunktversorgung	Anteil am Leistungsbedarf der Fachgruppe in %
Rang	1	03005 Versorgungsbereichsspezifische Bereitschaft	19,5	23,0
	2	03210 Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronisch-internistischer Grunderkrankung(en)	8,1	9,5
	3	03000 Hausärztliche Grundvergütung	5,3	6,2
	4	03120 Beratung, Erörterung, Abklärung	5,2	6,5
	5	03115 Konsultationskomplex	4,5	5,4
	6	90321 DMP Diabetes Typ 2, Leistungskomplex 1mal pro Quartal	3,7	1,4
	7	80111	3,3	2,2
	8	03111 Ordinationskomplex - Ordinationskomplex 6.- 59. Lebensjahr	2,8	4,9
	9	03112 Ordinationskomplex - Ordinationskomplex ab 60. Lebensjahr	2,8	4,4
	10	80112	2,7	1,6
	11	01732 Gesundheitsuntersuchung	2,6	3,0
	12	03001 Koordination der hausärztlichen Betreuung	2,5	1,7
	13	32001 Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen	2,5	3,0
	14	01410 Besuch	2,2	3,0
	15	90310 DMP Diabetes mellitus Typ 2, Betreuungskomplex d. SSP	1,7	,1
	16	90325 Erstellung der Folgedokumentation DMP Diab. II	1,7	,6
	17	90300 DMP Diabetes mellitus Typ 2, Neueinstellung Diabetiker Typ 2 Diabetiker inkl. Schulung (7 DStd.)	1,2	,0
	18	33042 Abdominelle Sonographie	1,2	,9
	19	01430 Verwaltungskomplex	1,1	,8
	20	32000 Laborgrundgebühr	,9	1,1
	21	90307 DMP Diabetes mellitus Typ 2, Einzelschulung bei lebensverändernden Situationen	,9	,0
	22	01413 Besuch eines weiteren Kranken	,9	,8
	23	01411 Dringender Besuch I	,8	1,1
	24	03211 Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronisch-degenerativer und/oder entzündlicher Erkrankung(en) des Bew	,7	1,1
	25	90302 DMP Diabetes mellitus Typ 2, Neueinstellung von Typ 2 Diabetikern z. Zeitpkt. der Krankheitsentdeckung (ohne Schul	,7	,0
	26	01210 Ordinationskomplex im organisierten Not(fall)dienst	,6	,9
	27	96040 Strukturvertrag Diabetes - Betreuung von Patienten gem. Â§ 2 Abs. 2 Nr. 1-5 des Vertrages / Im 1. Behandlungsquart	,6	,0
	28	03320 EKG	,6	,7
	29	30791 Durchführung einer Körperakupunktur	,6	,8

Allgemeinärzte			Anteil in % am Leistungsbedarf der Praxen diabetologischer Schwerpunktversorgung	Anteil am Leistungsbedarf der Fachgruppe in %
30	90511	Erstellung Folgedokumentation KHK	,6	,2
31	90305	DMP Diabetes mellits Typ 2, Diagn. diab. Neuropathie und der angiologischer Probleme	,5	,0
32	03311	Ganzkörperstatus	,5	,8
33	90304	DMP Diabetes mellitus Typ 1, Betreuung von schwangeren Diabetikerinnen	,5	,0
34	96057	Strukturvertrag Diabetes - NichtÄrztliche Diabetikerbetreuung in der Schwerpunktpraxis durch einen Diabetesberater	,4	,0
35	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	,4	,7
36	96041	Strukturvertrag Diabetes - Betreuung von Patienten gem. Â§ 2 Abs. 2 Nr. 1-5 des Vertrages / Im Folgequartal bei fr	,4	,0
37	01412	Dringender Besuch II	,4	,5
38	90306	DMP Diabetes mellitus Typ 2, Versorgung diab. Fußläsionen	,4	,0
39	01601	Individueller Arztbrief	,4	,1
40	03321	Belastungs-EKG	,3	,2
41	98013	Progr. Ärztl. Schulung von Typ II Diabetikern oh. Insulin	,3	,1
42	90335	DMP Diabetes mellitus Typ 1, Erstellung der Folgedokumentation	,3	,0
43	90324	DMP Diabetes mellitus Typ 2, Information, Beratung u. Erstdokumentation DMP Diab. II	,3	,1
44	03312	Klinisch-neurologische Basisdiagnostik	,3	,2
45	02311	Behandlung Diabetischer Fuß	,3	,0
46	96011	DMP - Vertrag Diabetes Typ 2 - Erstellung und Versand der Folgedokumentationen durch den koordinierenden Vertragsa	,3	,2
47	32094	Quantitative Bestimmung - HbA1, HbA1c	,3	,2
48	90301	DMP Diabetes mellitus Typ 2, Umstellung Älterer Typ 2 Diabteiker auf Insulin (ohne Schulung)	,3	,0
49	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	,3	,4
50	98009		,3	,0

\*sachlich-rechnerisch richtig - Leist.-bed. in Euro mit 5,11 Cent in Punkte umgerechnet

©ZI/WidO/InBA 2008



**Tabelle 13: Vergleich der Verteilung des Leistungsbedarfs\* von fachübergreifenden hausärztlichen diabetologischen Schwerpunktpraxen mit allen fachübergreifenden hausärztlichen Praxen**

in den KVen Brandenburg und Nordrhein im Vergleichs Quartal 1. Quartal 2007

fachübergr. Praxen, hausärztlich			Anteil in % am Leistungsbedarf der Praxen diabetologischer Schwerpunktversorgung	Anteil am Leistungsbedarf der Fachgruppe in %
Rang	1	03005 Versorgungsbereichsspezifische Bereitschaft	17,1	18,2
	2	03210 Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronisch-internistischer Grunderkrankung(en)	9,1	8,8
	3	80112	5,4	4,9
	4	80111	4,5	4,7
	5	03000 Hausärztliche Grundvergütung	4,5	4,7
	6	03120 Beratung, Erörterung, Abklärung	4,3	4,9
	7	03115 Konsultationskomplex	3,7	4,1
	8	90321 DMP Diabetes Typ 2, Leistungskomplex 1mal pro Quartal	3,3	1,9
	9	01732 Gesundheitsuntersuchung	2,9	2,9
	10	33042 Abdominelle Sonographie	2,2	2,3
	11	32001 Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen	2,2	2,5
	12	90300 DMP Diabetes mellitus Typ 2, Neueinstellung Diabetiker Typ 2 Diabetiker inkl. Schulung (7 DStd.)	2,0	,3
	13	90310 DMP Diabetes mellitus Typ 2, Betreuungskomplex d. SSP	2,0	,2
	14	01410 Besuch	1,6	1,8
	15	90307 DMP Diabetes mellitus Typ 2, Einzelschulung bei lebensverändernden Situationen	1,6	,2
	16	13400 Ösophago-Gastroduodenaler Komplex	1,6	2,4
	17	90325 Erstellung der Folgedokumentation DMP Diab. II	1,5	,8
	18	03001 Koordination der hausärztlichen Betreuung	1,3	1,2
	19	90302 DMP Diabetes mellitus Typ 2, Neueinstellung von Typ 2 Diabetikern z. Zeitpkt. der Krankheitsentdeckung (ohne Schul	1,2	,2
	20	03112 Ordinationskomplex - Ordinationskomplex ab 60. Lebensjahr	1,0	1,8
	21	01430 Verwaltungskomplex	1,0	,9
	22	03321 Belastungs-EKG	,8	,8
	23	32000 Laborgrundgebühr	,8	1,0
	24	90305 DMP Diabetes mellitus Typ 2, Diagn. diab. Neuropathie und der angiologischer Probleme	,8	,1
	25	30791 Durchführung einer Körperakupunktur	,7	,5
	26	01601 Individueller Arztbrief	,7	,5
	27	03211 Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronisch-degenerativer und/oder entzündlicher Erkrankung(en) des Bew	,6	,6
	28	03320 EKG	,6	,7
	29	01411 Dringender Besuch I	,6	,7
	30	90304 DMP Diabetes mellitus Typ 1, Betreuung von schwangeren Diabetikerinnen	,6	,1
	31	90511 Erstellung Folgedokumentation KHK	,6	,3

fachübergr. Praxen, hausärztlich			Anteil in % am Leistungsbedarf der Praxen diabetologischer Schwerpunktversorgung	Anteil am Leistungsbedarf der Fachgruppe in %
32	03111	Ordinationskomplex - Ordinationskomplex 6.- 59. Lebensjahr	,6	1,3
33	01210	Ordinationskomplex im organisierten Not(fall)dienst	,6	,7
34	90306	DMP Diabetes mellitus Typ 2, Versorgung diab. Fußläsionen	,5	,1
35	33012	Schilddrüsen - Sonographie	,5	,4
36	98019	Schulungsprogramm MEDIAS 2, max. 200€	,5	,1
37	90301	DMP Diabetes mellitus Typ 2, Umstellung Älterer Typ 2 Diabetiker auf Insulin (ohne Schulung)	,5	,1
38	96041	Strukturvertrag Diabetes - Betreuung von Patienten gem. § 2 Abs. 2 Nr. 1-5 des Vertrages / Im Folgequartal bei fr	,4	,0
39	03311	Ganzkörperstatus	,4	,6
40	13421	Koloskopischer Komplex	,4	1,0
41	98013	Progr. Ärztl. Schulung von Typ II Diabetikern oh. Insulin	,4	,1
42	96057	Strukturvertrag Diabetes - NichtÄrztliche Diabetikerbetreuung in der Schwerpunktpraxis durch einen Diabetesberater	,4	,0
43	96040	Strukturvertrag Diabetes - Betreuung von Patienten gem. § 2 Abs. 2 Nr. 1-5 des Vertrages / Im 1. Behandlungsquart	,3	,0
44	01741	Totale Koloskopie gem. Krebsfrüherkennungsrichtlinien	,3	,7
45	01413	Besuch eines weiteren Kranken	,3	,5
46	98014	Progr. Ärztl. Schulung von Typ II Diabetikern mit Insulin	,3	,0
47	90335	DMP Diabetes mellitus Typ 1, Erstellung der Folgedokumentation	,3	,0
48	90324	DMP Diabetes mellitus Typ 2, Information, Beratung u. Erstdokumentation DMP Diab. II	,3	,2
49	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	,3	,4
50	32101	Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, - TSH	,3	,2

\*sachlich-rechnerisch richtig - Leist.-bed. in Euro mit 5,11 Cent in Punkte umgerechnet

©ZI/WIdO/InBA 2008



**Tabelle 14: Vergleich der Verteilung des Leistungsbedarfs\* von internistischen hausärztlichen diabetologischen Schwerpunktpraxen mit allen internistischen hausärztlichen Praxen**

in den KVen Brandenburg und Nordrhein im Vergleichsquarteral 1. Quartal 2007

Internisten (Hausärzte)			Anteil in % am Leistungsbedarf der Praxen diabetologischer Schwerpunktversorgung	Anteil am Leistungsbedarf der Fachgruppe in %
Rang	1	03005 Versorgungsbereichsspezifische Bereitschaft	16,2	21,6
	2	03210 Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronisch-internistischer Grunderkrankung(en)	8,5	11,5
	3	03120 Beratung, Erörterung, Abklärung	4,7	6,3
	4	03112 Ordinationskomplex - Ordinationskomplex ab 60. Lebensjahr	4,4	6,0
	5	03000 Hausärztliche Grundvergütung	4,4	5,9
	6	03115 Konsultationskomplex	3,6	4,9
	7	90310 DMP Diabetes mellitus Typ 2, Betreuungskomplex d. SSP	3,3	,4
	8	96040 Strukturvertrag Diabetes - Betreuung von Patienten gem. Â§ 2 Abs. 2 Nr. 1-5 des Vertrages / Im 1. Behandlungsquart	2,8	,4
	9	90300 DMP Diabetes mellitus Typ 2, Neueinstellung Diabetiker Typ 2 Diabetiker inkl. Schulung (7 DStd.)	2,7	,3
	10	90321 DMP Diabetes Typ 2, Leistungskomplex 1mal pro Quartal	2,6	2,0
	11	03111 Ordinationskomplex - Ordinationskomplex 6.- 59. Lebensjahr	2,4	3,9
	12	90307 DMP Diabetes mellitus Typ 2, Einzelschulung bei lebensverändernden Situationen	2,3	,3
	13	01732 Gesundheitsuntersuchung	2,2	3,4
	14	32001 Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen	2,1	2,8
	15	80112	1,9	1,5
	16	90302 DMP Diabetes mellitus Typ 2, Neueinstellung von Typ 2 Diabetikern z. Zeitpkt. der Krankheitsentdeckung (ohne Schul	1,8	,2
	17	96057 Strukturvertrag Diabetes - NichtÄrztliche Diabetikerbetreuung in der Schwerpunktpraxis durch einen Diabetesberater	1,8	,2
	18	96041 Strukturvertrag Diabetes - Betreuung von Patienten gem. Â§ 2 Abs. 2 Nr. 1-5 des Vertrages / Im Folgequartal bei fr	1,5	,2
	19	33042 Abdominelle Sonographie	1,4	2,4
	20	80111	1,3	1,1
	21	03001 Koordination der hausärztlichen Betreuung	1,3	1,5
	22	90305 DMP Diabetes mellitus Typ 2, Diagn. diab. Neuropathie und der angiologischer Probleme	1,2	,2
	23	01410 Besuch	1,2	2,1
	24	90325 Erstellung der Folgedokumentation DMP Diab. II	1,1	,9
	25	96011 DMP - Vertrag Diabetes Typ 2 - Erstellung und Versand der Folgedokumentationen durch den koordinierenden Vertragsa	1,0	,3
	26	90304 DMP Diabetes mellitus Typ 1, Betreuung von schwangeren Diabetikerinnen	,9	,1

Internisten (Hausärzte)			Anteil in % am Leistungsbedarf der Praxen diabetologischer Schwerpunktversorgung	Anteil am Leistungsbedarf der Fachgruppe in %
27	90306 DMP Diabetes mellitus Typ 2, Versorgung diab. Fußläsionen		,8	,1
28	01601 Individueller Arztbrief		,8	,2
29	32000 Laborgrundgebühr		,8	1,0
30	90301 DMP Diabetes mellitus Typ 2, Umstellung Älterer Typ 2 Diabetiker auf Insulin (ohne Schulung)		,7	,1
31	96012 DMP - Vertrag Diabetes Typ 2 - Betreuungspauschale f¼r den koordinierenden Vertragsarzt, je Behandlungsfall		,7	,3
32	01430 Verwaltungskomplex		,6	1,1
33	96042 Strukturvertrag Diabetes - Betreuung von Patienten gem. Å§ 2 Abs. 2 Nr. 1-5 des Vertrages / Im Folgequartal bei da		,6	,1
34	01411 Dringender Besuch I		,6	,8
35	03320 EKG		,6	,9
36	96022 DMP - KHK - Schulung von Typ 2-Diabetikern mit Insulinbehandlung f¼r den 1. und 2. Patienten jeweils (je Patient		,5	,1
37	98013 Progr. Ärztl. Schulung von Typ II Diabetikern oh. Insulin		,5	,2
38	02311 Behandlung Diabetischer Fuß		,5	,1
39	03321 Belastungs-EKG		,5	,8
40	98014 Progr. Ärztl. Schulung von Typ II Diabetikern mit Insulin		,5	,1
41	03311 Ganzkörperstatus		,5	,7
42	90335 DMP Diabetes mellitus Typ 1, Erstellung der Folgedokumentation		,5	,1
43	01210 Ordinationskomplex im organisierten Not(fall)dienst		,4	,6
44	32094 Quantitative Bestimmung - HbA1, HbA1c		,4	,3
45	98019 Schulungsprogramm MEDIAS 2, max. 200Å€		,4	,0
46	90511 Erstellung Folgedokumentation KHK		,4	,3
47	33012 Schilddrüsen - Sonographie		,3	,4
48	98009		,3	,0
49	96020 DMP - KHK - Schulung von Typ 2-Diabetikern ohne Insulinbehandlung f¼r den 1. und 2. Patienten jeweils (je Patient		,3	,1
50	03211 Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronisch-degenerativer und/oder entzündlicher Erkrankung(en) des Bew		,3	,6

\*sachlich-rechnerisch richtig - Leist.-bed. in Euro mit 5,11 Cent in Punkte umgerechnet

©ZI/WIdO/InBA 2008



## **Anlage 6.8**

Sonderauswertung zu Praxen  
mit Abrechnung ausgewählter  
schmerztherapeutischer Gebühren-  
ordnungspositionen I-IV.2008  
(Version 1.0 mit Stand 02.06.2009)

---

# EBM 2008

---

## Wissenschaftliche Begleitung zur Einführung des EBM 2008

Praxen mit Abrechnung  
ausgewählter schmerzthera-  
peutischer Gebührenord-  
nungspositionen

Sonderauswertung I-IV/2008

Version 1.0

Stand: 2.6.2009

Institut des  
Bewertungsausschusses



WIdO

Wissenschaftliches  
Institut der AOK



ZENTRALINSTITUT  
für die kassenärztliche Versorgung  
in der Bundesrepublik Deutschland

---

Institut des Bewertungsausschusses  
Wilhelmstr. 138  
10963 Berlin  
Tel: 030 / 8145260-0  
FAX: 030 / 8145260-19

Wissenschaftliches Institut der AOK  
Rosenthaler Str. 31  
10178 Berlin  
Tel.: 030 /34646-2393  
FAX: 030 /34646-2144

ZENTRALINSTITUT  
Herbert-Lewin-Platz 3  
10623 Berlin  
Tel: 030 /4005-2400  
FAX: 030/39 49 37 39

## Inhalt

<b>1</b>	<b>Hintergrund und Ziel.....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Material und Methoden.....</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Identifikation schmerztherapeutischer Praxen.....</b>	<b>4</b>
<b>4</b>	<b>Ergebnisse für anästhesistische Praxen.....</b>	<b>7</b>

## 1 Hintergrund und Ziel

Im Rahmen der Begleitstudie zur Einführung des EBM 2008 soll besonders die Schmerztherapie gemäß Abschnitt 30.7 dieses EBM analysiert werden. Dazu werden in einem ersten Schritt die Praxen identifiziert, die ausgewählte Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts abgerechnet haben. Dann wird die Leistungsentwicklung dieser Praxen je Fachgruppe mit der durchschnittlichen Leistungsentwicklung der Fachgruppe verglichen. So lässt sich zeigen, in welchem Maß schmerztherapeutische Praxen Besonderheiten auszeichnen. Insbesondere soll deutlich werden, in welchem Maß die gewünschte Förderung schmerztherapeutischer Schwerpunktpraxen durch die neueingeführte Gebührenordnungsposition „30704 Zuschlag für die Erbringung der Gebührenordnungsposition Nr. 30702“ gelungen ist.

## 2 Material und Methoden

Die vorliegende Darstellung bezieht sich auf alle sowohl in den Quartalen I-IV/2007 und I-IV/2008 abrechnenden Praxen in Brandenburg und Nordrhein, insgesamt 12634.

Die auszuwählenden Praxen werden nach der Abrechnung folgender Gebührenordnungspositionen identifiziert.

### EBM2000plus

30700	Basisabklärung und umfassende schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten
30701	Fortführung einer umfassenden schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten

### EBM2008

30700	Grundpauschale schmerztherapeutischer Patient
30702	Zusatzpauschale Schmerztherapie
30704	Zuschlag für die Erbringung der Gebührenordnungsposition Nr. 30702

### 3 Identifikation schmerztherapeutischer Praxen

Soweit Praxen im gesamten Untersuchungszeitraum mindestens eine dieser GOPs abrechnen, ergibt sich folgendes. Unter 33 Schmerztherapie abrechnenden Allgemeinarztpraxen war nur eine GOP 30704 abrechnende Praxis (Tab. 1). Von 47 Schmerztherapie abrechnenden Anästhesistenpraxen rechneten 29 Praxen GOP 30704 ab (Tab. 2). Unter 25 sonstigen Schmerztherapie abrechnenden Praxen fanden sich drei GOP 30704 abrechnende Praxen (Tab. 3).

Tabelle 1:  
**Allgemeinarztpraxen  
 mit Abrechnung ausgewählter Gebührennummern**  
 in den KVen Brandenburg und Nordrhein in Quartalen I-IV/2007 und I-IV/2008

				GOP 30700 in 2008		
				nein	ja	
				GOP 30702 in 2008	GOP 30702 in 2008	
				nein	ja	
				GOP 30704 in 2008	GOP 30704 in 2008	
				nein	nein	ja
GOP 30700 in 2007	nein	GOP 30701 in 2007	Nein	3141		
			Ja			
	ja	GOP 30701 in 2007	Ja		32	1

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

Tabelle 2:  
**Anästhesistenpraxen**  
**mit Abrechnung ausgewählter Gebührennummern**  
 in den KVen Brandenburg und Nordrhein in Quartalen I-IV/2007 und I-IV/2008

				GOP 30700 in 2008		
				nein	ja	
				GOP 30702 in 2008	GOP 30702 in 2008	
				nein	ja	
				GOP 30704 in 2008	GOP 30704 in 2008	
				nein	nein	ja
GOP 30700 in 2007	nein	GOP 30701 in 2007	Nein	179		
			Ja			
	ja		Ja		18	29

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

Tabelle 3:  
**Sonstige Praxen**  
**mit Abrechnung ausgewählter Gebührennummern**  
 in den KVen Brandenburg und Nordrhein in Quartalen I-IV/2007 und I-IV/2008

				GOP 30700 in 2008		
				nein	Ja	
				GOP 30702 in 2008	GOP 30702 in 2008	
				nein	ja	
				GOP 30704 in 2008	GOP 30704 in 2008	
				nein	nein	ja
GOP 30700 in 2007	nein	GOP 30701 in 2007	nein	9207	1	
			ja			1
	ja		ja		22	3

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein



Tabelle 4:  
**Praxen mit Abrechnung ausgewählter Gebührennummern**  
 in den KVen Brandenburg und Nordrhein in Quartalen I-IV/2007 und I-IV/2008

				GOP 30700 in 2008		
				nein	Ja	
				GOP 30702 in 2008	GOP 30702 in 2008	
				nein	Ja	
				GOP 30704 in 2008	GOP 30704 in 2008	
				nein	nein	ja
GOP 30700 in 2007	nein	GOP 30701 in 2007	nein	12527	1	
			ja		1	
	ja	GOP 30701 in 2007	ja		72	33

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein



## 4 Ergebnisse für anästhesistische Praxen

Anästhesistenpraxen, die den neu eingeführten Zuschlag nach GOP 30704 abrechneten, hatten einen im Vergleich zum Mittel der Fachgruppe überdurchschnittlich gestiegenen Leistungsbedarf bzw. Leistungsbedarf je Fall (Tab. 5).

Tabelle 5:  
**Leistungsbedarf in anästhesistischen Praxen abhängig von der Abrechnung ausgewählter schmerztherapeutischer Leistungen**  
in den KVen Brandenburg und Nordrhein in Quartalen I-IV/2007 und I-IV/2008

Praxengruppe	Praxen	Leistungsbedarf 1-4/2007 in Punkten (Recheneinheiten)*	Leistungsbedarf 1-4/2008 in Punkten (Recheneinheiten)*	Veränd. in %	mittl. Leistungsbedarf je Fall 1-4/2007	mittl. Leistungsbedarf je Fall 1-4/2008	Veränd. in %
keine GOP30700 und keine GOP 30704	179	632.753.805	718.732.728	13,6	3.737	3.948	5,6
GOP30700 und keine GOP 30704**	18	96.942.716	110.136.490	13,6	2.921	3.209	9,8
GOP30700 und GOP 30704***	29	143.399.243	184.966.331	29,0	2.917	3.543	21,4
<b>gesamte Fachgruppe</b>	226	873.095.764	1.013.835.549	16,1	3.469	3.775	8,8

\*sachlich-rechnerisch richtig, Leist.-bed. in Euro mit 5,11 Cent in Punkte umgerechnet

\*\*vgl. die TOP-50-GOP im Anhang - Tabellen 1a und 1b

\*\*\* vgl. die TOP-50-GOP im Anhang - Tabellen 2a und 2b

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

Ein wesentlicher Teil des Leistungsbedarfsanstiegs anästhesistischer Praxen, die GOP 30704 abrechnen, stammt aus dieser in 2008 neu eingeführten GOP (Tab. 6).

Tabelle 6:  
**Leistungsbedarf in anästhesistischen Praxen die GOP 30704 abrechnen**  
in den KVen Brandenburg und Nordrhein in Quartalen I-IV/2007 und I-IV/2008

	Leistungsbedarf in Punkten (Recheneinheiten)
<b>GOP30704 in 2008</b>	18.362.295
<b>Anstieg des gesamten Leistungsbedarfs im Untersuchungszeitraum von Praxen, die GOP 30704 abrechneten</b>	41.567.088

# ***A N H A N G***



(1a) Arztgruppe = Anästhesisten,  
GOP 30700 in 2008 = ja, GOP 30704 in 2008 = nein (n=18 Praxen)

<b>Gebührennummern mit dem höchsten Leistungsbedarf* in den KVen Brandenburg und Nordrhein in den Quartalen I bis IV/2007(a)</b>			<b>Leistungsbedarf in Mio. Punkten (Rechnungseinheiten**)</b>	<b>Anteil in %</b>	<b>kumul. Anteil in %</b>	<b>Leistungshäufigkeit in Tsd.</b>	<b>mittl. Leistungshäufigkeit je 100 Fälle</b>
<b>Rang</b>	<b>1</b>	<b>31822 Anästhesie oder Narkose 2</b>	16,00	16,5	16,5	5,43	16
	<b>2</b>	<b>31503 Postoperative Überwachung 3</b>	7,17	7,4	23,9	5,12	15
	<b>3</b>	<b>30701 Fortführung einer umfassenden schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten</b>	5,68	5,9	29,8	6,35	19
	<b>4</b>	<b>05310 Präanästhesiologische Untersuchung</b>	5,68	5,9	35,6	11,83	36
	<b>5</b>	<b>31823 Anästhesie oder Narkose 3</b>	5,56	5,7	41,4	1,54	5
	<b>6</b>	<b>30700 Basisabklärung und umfassende schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten</b>	4,34	4,5	45,8	2,94	9
	<b>7</b>	<b>05220 Beratung, Erörterung, Abklärung</b>	3,87	4,0	49,8	16,48	50
	<b>8</b>	<b>31821 Anästhesie oder Kurznarkose 1</b>	3,83	3,9	53,8	1,67	5
	<b>9</b>	<b>31824 Anästhesie oder Narkose 4</b>	3,49	3,6	57,4	,82	2
	<b>10</b>	<b>05212 Ordinationskomplex - Ordinationskomplex ab 60. Lebensjahr</b>	3,49	3,6	61,0	14,18	43
	<b>11</b>	<b>05330 Anästhesie oder Kurznarkose</b>	3,16	3,3	64,2	1,38	4
	<b>12</b>	<b>05211 Ordinationskomplex - Ordinationskomplex 6.- 59. Lebensjahr</b>	2,60	2,7	66,9	12,45	38
	<b>13</b>	<b>31831 Analgesie bei Phakoemulsifikation II</b>	1,99	2,0	69,0	1,87	6

14	05331 Zuschlag weitere 15 Minuten	1,96	2,0	71,0	2,97	9
15	05215 Konsultationskomplex	1,85	1,9	72,9	37,04	112
16	31825 Anästhesie oder Narkose 5	1,82	1,9	74,8	,32	1
17	05350 Beobachtung und Betreuung	1,68	1,7	76,5	1,19	4
18	05230 Aufsuchen eines Kranken	1,67	1,7	78,2	11,14	34
19	31828 Zuschlag zu den Anästhesieleistungen nach den Nrn. 31821 bis 31827	1,42	1,5	79,7	2,16	7
20	31505 Postoperative Überwachung 5	1,20	1,2	80,9	,43	1
21	31504 Postoperative Überwachung 4	1,17	1,2	82,2	,58	2
22	98451	1,12	1,2	83,3	1,15	3
23	30791 Durchführung einer Körperakupunktur	,98	1,0	84,3	2,04	6
24	30731 Plexusanalgesie, Spinal- oder Periduralanalgesie	,98	1,0	85,3	,55	2
25	98450	,88	,9	86,2	,58	2
26	30760 Dokumentierte Überwachung im Anschluss an die Leistungen nach den Nrn. 30710, 30721, 30722, 30724 und 30730	,80	,8	87,1	1,78	5
27	01601 Individueller Arztbrief	,79	,8	87,9	3,96	12
28	01411 Dringender Besuch I	,70	,7	88,6	,58	2
29	35110 Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	,64	,7	89,3	1,59	5
30	01410 Besuch	,63	,6	89,9	1,58	5
31	01600 Ärztlicher Bericht nach Untersuchung	,62	,6	90,6	6,19	19
32	05340 Überwachung der Vitalfunktionen	,59	,6	91,2	1,60	5



33	32001 Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen	,50	,5	91,7	33,11	100
34	31502 Postoperative Überwachung 2	,49	,5	92,2	,71	2
35	01210 Ordinationskomplex im organisierten Not(fall)dienst	,49	,5	92,7	,99	3
36	31826 Anästhesie oder Narkose 6	,41	,4	93,1	,06	0
37	01413 Besuch eines weiteren Kranken	,40	,4	93,5	2,06	6
38	31820 Leitungsanästhesie an der Schädelbasis	,37	,4	93,9	,83	2
39	80112	,37	,4	94,3	1,30	4
40	31827 Anästhesie oder Narkose 7	,37	,4	94,7	,05	0
41	30710 Infusion von nach der BtMVV verschreibungspflichtigen Analgetika oder von Lokalanästhetika	,33	,3	95,0	1,11	3
42	80111	,32	,3	95,4	1,26	4
43	30724 Spinalnerven-Analgesie und Analgesie der Rami communicantes an den Foramina intervertebralia	,30	,3	95,7	,60	2
44	05210 Ordinationskomplex - Ordinationskomplex bis 5. Lebensjahr	,29	,3	96,0	1,28	4
45	97236	,25	,3	96,2	1,46	4
46	35100 Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	,23	,2	96,5	,57	2
47	30790 Eingangsdagnostik und Abschlussuntersuchung zur Behandlung mittels Körperakupunktur	,22	,2	96,7	,21	1
48	90202	,22	,2	96,9	7,03	21

	49	<b>30712 Anleitung des Patienten zur Selbstanwendung der transkutanen elektrischen Nervenstimulation</b>	,20	,2	97,1	1,11	3
	50	<b>40224 Pauschale für Besuche im Fernbereich, mehr als 5 km</b>	,19	,2	97,3	1,05	3
<p>*sachlich-rechnerisch richtig  KV-spezifische GOPs&lt;=40855 sind mit bundeseinheitlichen entsprechenden GOPs zusammengefasst  **Leist.-bed. in Euro mit 5,11 Cent in Punkte umgerechnet  Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein</p>							
<p>a Arztgruppe = Anästhesisten, GOP 30700 in 2008 = ja, GOP 30704 in 2008 = nein</p>							

(1b) Arztgruppe = Anästhesisten,  
 GOP 30700 in 2008 = ja, GOP 30704 in 2008 = nein (n=18 Praxen)

Gebührennummern mit dem höchsten Leistungsbedarf* in den KVen Brandenburg und Nordrhein in den Quartalen I bis IV/2008(a)							
Anästhesisten			Leistungsbedarf in Mio. Punkten (Rechnungseinheiten**)	Anteil in %	kumul. Anteil in %	Leistungshäufigkeit in Tsd.	mittl. Leistungshäufigkeit je 100 Fälle
Rang	1	31822 Anästhesie oder Narkose 2	16,96	15,4	15,4	5,51	16
	2	30702 Zusatzpau-schale Schmerztherapie	10,86	9,9	25,3	10,25	30
	3	30700 Grundpau-schale schmerztherapeutischer Patient	9,29	8,4	33,7	13,56	39
	4	31503 Postoperative Überwachung 3	7,09	6,4	40,1	5,02	15
	5	05310 Präanästhesiologische Untersuchung	5,87	5,3	45,5	11,62	34
	6	30708 Beratung und Erörterung und/oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie	5,81	5,3	50,7	22,80	66
	7	31823 Anästhesie oder Narkose 3	5,30	4,8	55,6	1,41	4
	8	05330 Anästhesie oder Kurznarkose	4,01	3,6	59,2	1,69	5
	9	31821 Anästhesie oder Kurznarkose 1	3,92	3,6	62,8	1,65	5
	10	31824 Anästhesie oder Narkose 4	3,54	3,2	66,0	,79	2
	11	05212 Grundpau-schale ab 60. Lebensjahr	2,74	2,5	68,5	8,71	25
	12	98450	2,71	2,5	70,9	1,80	5
	13	05331 Zuschlag weitere 15 Minuten	2,46	2,2	73,2	3,51	10
	14	05211 Grundpau-schale 6.- 59. Lebensjahr	2,27	2,1	75,2	8,42	25
	15	05350 Beobachtung und Betreuung	2,14	1,9	77,2	1,51	4



16	31828 Zuschlag zu den Anästhesieleistungen nach den Nrn. 31821 bis 31827	2,14	1,9	79,1	3,05	9
17	31825 Anästhesie oder Narkose 5	1,86	1,7	80,8	,32	1
18	31831 Analgesie bei Phakoemulsifikation II	1,77	1,6	82,4	1,58	5
19	05230 Aufwandserstattung für das Aufsuchen eines Kranken	1,46	1,3	83,7	9,12	27
20	30791 Durchführung einer Körperakupunktur	1,41	1,3	85,0	2,77	8
21	31505 Postoperative Überwachung 5	1,23	1,1	86,1	,43	1
22	30731 Plexusanalgesie, Spinal- oder Periduralanalgesie	1,10	1,0	87,1	,58	2
23	31504 Postoperative Überwachung 4	1,09	1,0	88,1	,53	2
24	30760 Dokumentierte Überwachung im Anschluss an die Gebührenordnungspositionen 30710, 30721, 30722, 30724 und 30730	,84	,8	88,9	1,76	5
25	01410 Besuch	,80	,7	89,6	1,83	5
26	31826 Anästhesie oder Narkose 6	,68	,6	90,2	,10	0
27	01411 Dringender Besuch I	,65	,6	90,8	,50	1
28	05340 Überwachung der Vitalfunktionen	,64	,6	91,4	1,64	5
29	35110 Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	,57	,5	91,9	1,34	4
30	32001 Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen	,53	,5	92,4	35,12	102
31	31502 Postoperative Überwachung 2	,49	,4	92,8	,70	2
32	30724 Spinalnerven-Analgesie und Analgesie der Rami communicantes an den Foramina intervertebralia	,45	,4	93,2	,85	2



33	01413 Besuch eines weiteren Kranken	,41	,4	93,6	1,91	6
34	92115	,38	,3	94,0	,19	1
35	92111	,36	,3	94,3	,41	1
36	01210 Notfallpau- schale	,36	,3	94,6	,88	3
37	05210 Grundpau- schale bis 5. Lebens- jahr	,35	,3	94,9	1,26	4
38	30710 Infusion von nach der BtMVV ver- schreibungspflichtigen Analgetika oder von Lokalanästhetika	,33	,3	95,2	1,05	3
39	30790 Eingangsdi- agnostik und Ab- schlussuntersu- chung zur Behand- lung mittels Körper- akupunktur	,28	,3	95,5	,25	1
40	31827 Anästhesie oder Narkose 7	,27	,2	95,7	,04	0
41	31820 Leitungsanäs- thesie an der Schä- delbasis	,26	,2	96,0	,56	2
42	30721 Sympathikus- blockade am zervika- len Grenzstrang	,22	,2	96,2	,37	1
43	01211 Zusatzpau- schale Besuchsbe- reitschaft	,22	,2	96,4	,88	3
44	91110	,22	,2	96,6	,11	0
45	30712 Anleitung des Patienten zur Selbst- anwendung der transkutanen elektri- schen Nervenstimu- lation	,21	,2	96,8	1,13	3
46	97236	,21	,2	97,0	1,17	3
47	90202	,20	,2	97,1	6,20	18
48	98226	,19	,2	97,3	,06	0
49	01100 Unvorherge- sehene Inanspruch- nahme I	,17	,2	97,5	,31	1
50	30740 Überprüfung eines zur Langzeita- nalgesie angelegten Plexus-, Peridural- oder Spinalkatheters oder Funkti- onskontroll	,17	,2	97,6	,53	2



\*sachlich-rechnerisch richtig  
KV-spezifische GOPs<=40855 sind mit bundeseinheitlichen entsprechenden GOPs zusammengefasst  
\*\*Leist.-bed. in Euro mit 5,11 Cent in Punkte umgerechnet  
Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

a Arztgruppe = Anästhesisten, GOP 30700 in 2008 = ja, GOP 30704 in 2008 = nein

(2a) Arztgruppe = Anästhesisten,  
 GOP 30700 in 2008 = ja, GOP 30704 in 2008 = ja (n=29 Praxen)

Gebührennummern mit dem höchsten Leistungsbedarf* in den KVen Brandenburg und Nordrhein in den Quartalen I bis IV/2007(a)							
Anästhesisten			Leistungsbedarf in Mio. Punkten (Rechnungseinheiten**)	Anteil in %	ku-mul. Anteil in %	Leistungshäufigkeit in Tsd.	mittl. Leistungshäufigkeit je 100 Fälle
Rang	1	30701 Fortführung einer umfassenden schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten	19,54	13,6	13,6	21,84	44
	2	05220 Beratung, Erörterung, Abklärung	13,50	9,4	23,0	57,43	117
	3	30700 Basisabklärung und umfassende schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten	11,39	7,9	31,0	7,72	16
	4	30731 Plexusanalgesie, Spinal- oder Periduralanalgesie	7,95	5,5	36,5	4,42	9
	5	30791 Durchführung einer Körperakupunktur	7,38	5,1	41,7	15,38	31
	6	31822 Anästhesie oder Narkose 2	6,18	4,3	46,0	2,10	4
	7	31823 Anästhesie oder Narkose 3	4,70	3,3	49,3	1,30	3
	8	05215 Konsultationskomplex	4,05	2,8	52,1	81,00	165
	9	98451	3,92	2,7	54,8	4,01	8
	10	35110 Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	3,86	2,7	57,5	9,54	19
	11	30760 Dokumentierte Überwachung im Anschluss an die Leistungen nach den Nrn. 30710, 30721, 30722, 30724 und 30730	3,82	2,7	60,2	8,48	17
	12	01601 Individueller Arztbrief	3,75	2,6	62,8	19,03	39
	13	05310 Präanästhesiologische Untersuchung	3,08	2,2	64,9	6,43	13



14	<b>31824 Anästhesie oder Narkose 4</b>	2,99	2,1	67,0	,70	1
15	<b>05212 Ordinationskomplex - Ordinationskomplex ab 60. Lebensjahr</b>	2,97	2,1	69,1	13,18	27
16	<b>05211 Ordinationskomplex - Ordinationskomplex 6.- 59. Lebensjahr</b>	2,72	1,9	71,0	13,96	28
17	<b>80111</b>	2,65	1,9	72,9	10,41	21
18	<b>80112</b>	2,38	1,7	74,5	8,36	17
19	<b>05330 Anästhesie oder Kurznaarkose</b>	2,18	1,5	76,0	,98	2
20	<b>98450</b>	1,92	1,3	77,4	1,28	3
21	<b>30724 Spinalnerven-Analgesie und Analgesie der Rami communicantes an den Foramina intervertebralia</b>	1,83	1,3	78,6	3,66	7
22	<b>30790 Eingangsdiagnostik und Abschlussuntersuchung zur Behandlung mittels Körperakupunktur</b>	1,72	1,2	79,8	1,63	3
23	<b>31821 Anästhesie oder Kurznaarkose 1</b>	1,69	1,2	81,0	,74	2
24	<b>31503 Postoperative Überwachung 3</b>	1,67	1,2	82,2	1,20	2
25	<b>30710 Infusion von nach der BtMVV verschreibungspflichtigen Analgetika oder von Lokalanästhetika</b>	1,49	1,0	83,2	4,95	10
26	<b>31504 Postoperative Überwachung 4</b>	1,48	1,0	84,3	,73	1
27	<b>05331 Zuschlag weitere 15 Minuten</b>	1,16	,8	85,1	1,76	4
28	<b>05350 Beobachtung und Betreuung</b>	1,11	,8	85,8	,79	2
29	<b>31825 Anästhesie oder Narkose 5</b>	1,09	,8	86,6	,20	0
30	<b>31826 Anästhesie oder Narkose 6</b>	,93	,6	87,3	,14	0
31	<b>31505 Postoperative Überwachung 5</b>	,91	,6	87,9	,33	1
32	<b>30712 Anleitung des Patienten zur Selbstanwendung der transkutanen elektrischen Nervenstimulation</b>	,85	,6	88,5	4,74	10

33	01950 Substitutionsge- stützte Behandlung Opi- atabhängiger	,84	,6	89,1	8,89	18
34	01600 Ärztlicher Bericht nach Untersuchung	,83	,6	89,7	8,33	17
35	01411 Dringender Be- such I	,79	,6	90,2	,66	1
36	35300 Testverfahren, standardisierte	,78	,5	90,8	10,44	21
37	01410 Besuch	,78	,5	91,3	1,94	4
38	32001 Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen	,74	,5	91,8	49,02	100
39	05230 Aufsuchen eines Kranken	,73	,5	92,3	4,86	10
40	02360 Anwendung von Lokalanästhetika	,69	,5	92,8	2,76	6
41	35100 Differentialdia- gnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	,67	,5	93,3	1,67	3
42	01210 Ordinationskom- plex im organisierten Not(fall)dienst	,63	,4	93,7	1,27	3
43	02100 Infusion	,53	,4	94,1	3,39	7
44	01951 Zuschlag Wo- chenende, Feiertage	,48	,3	94,4	2,39	5
45	31502 Postoperative Überwachung 2	,42	,3	94,7	,61	1
46	30740 Überprüfung ei- nes zur Langzeitanalge- sie angelegten Plexus-, Peridural- oder Spinalka- theters oder Funkti- onskontroll	,40	,3	95,0	1,32	3
47	31827 Anästhesie oder Narkose 7	,37	,3	95,2	,05	0
48	01430 Verwaltungskom- plex	,37	,3	95,5	12,47	25
49	30723 Ganglionäre Opi- oid-Applikation	,32	,2	95,7	1,28	3
50	31506 Postoperative Überwachung 6	,31	,2	95,9	,08	0

\*sachlich-rechnerisch richtig

KV-spezifische GOPs <=40855 sind mit bundeseinheitlichen entsprechenden GOPs zusam-  
mengefasst

\*\*Leist.-bed. in Euro mit 5,11 Cent in Punkte umgerechnet

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

a Arztgruppe = Anästhesisten, GOP 30700 in 2008 = ja, GOP 30704 in 2008 = ja





(2b) Arztgruppe = Anästhesisten,

GOP 30700 in 2008 = ja, GOP 30704 in 2008 = ja (n=29 Praxen)

<b>Gebührennummern mit dem höchsten Leistungsbedarf* in den KVen Brandenburg und Nordrhein in den Quartalen I bis IV/2008(a)</b>							
<b>Anästhesisten</b>			<b>Leistungsbedarf in Mio. Punkten (Rechnungseinheiten**)</b>	<b>Anteil in %</b>	<b>kumul. Anteil in %</b>	<b>Leistungshäufigkeit in Tsd.</b>	<b>mittl. Leistungshäufigkeit je 100 Fälle</b>
<b>Rang</b>	<b>1</b>	<b>30702 Zusatzpauschale Schmerztherapie</b>	34,17	18,5	18,5	32,24	62
	<b>2</b>	<b>30700 Grundpauschale schmerztherapeutischer Patient</b>	28,05	15,2	33,6	40,95	78
	<b>3</b>	<b>30704 Zuschlag für die Erbringung der Gebührenordnungsposition Nr. 30702</b>	18,36	9,9	43,6	28,92	55
	<b>4</b>	<b>30708 Beratung und Erörterung und/oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie</b>	14,93	8,1	51,6	58,54	112
	<b>5</b>	<b>98450</b>	8,92	4,8	56,5	5,92	11
	<b>6</b>	<b>30731 Plexusanalgesie, Spinal- oder Periduralanalgesie</b>	7,84	4,2	60,7	4,13	8
	<b>7</b>	<b>30791 Durchführung einer Körperakupunktur</b>	7,71	4,2	64,9	15,17	29
	<b>8</b>	<b>31822 Anästhesie oder Narkose 2</b>	6,94	3,7	68,6	2,25	4
	<b>9</b>	<b>98451</b>	4,32	2,3	71,0	4,42	8
	<b>10</b>	<b>30760 Dokumentierte Überwachung im Anschluss an die Gebührenordnungspositionen 30710, 30721, 30722, 30724 und 30730</b>	4,29	2,3	73,3	9,02	17
	<b>11</b>	<b>31823 Anästhesie oder Narkose 3</b>	4,14	2,2	75,5	1,10	2
	<b>12</b>	<b>35110 Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen</b>	3,97	2,1	77,7	9,24	18
	<b>13</b>	<b>31824 Anästhesie oder Narkose 4</b>	2,84	1,5	79,2	,63	1
	<b>14</b>	<b>05310 Präanästhesiologische Untersuchung</b>	2,81	1,5	80,7	5,57	11



15	<b>30724 Spinalnerven-Analgesie und Analgesie der Rami communicantes an den Foramina intervertebralia</b>	2,13	1,2	81,9	4,06	8
16	<b>05330 Anästhesie oder Kurznarkose</b>	1,78	1,0	82,8	,77	1
17	<b>31503 Postoperative Überwachung 3</b>	1,75	,9	83,8	1,24	2
18	<b>30790 Eingangsdiagnostik und Abschlussuntersuchung zur Behandlung mittels Körperakupunktur</b>	1,75	,9	84,7	1,55	3
19	<b>30710 Infusion von nach der BtMVV verschreibungspflichtigen Analgetika oder von Lokalanästhetika</b>	1,71	,9	85,6	5,44	10
20	<b>05211 Grundpauschale 6.-59. Lebensjahr</b>	1,55	,8	86,5	5,72	11
21	<b>31821 Anästhesie oder Kurznarkose 1</b>	1,43	,8	87,3	,60	1
22	<b>31504 Postoperative Überwachung 4</b>	1,30	,7	88,0	,63	1
23	<b>31825 Anästhesie oder Narkose 5</b>	1,15	,6	88,6	,20	0
24	<b>31505 Postoperative Überwachung 5</b>	,96	,5	89,1	,34	1
25	<b>01410 Besuch</b>	,95	,5	89,6	2,16	4
26	<b>05350 Beobachtung und Betreuung</b>	,91	,5	90,1	,64	1
27	<b>05212 Grundpauschale ab 60. Lebensjahr</b>	,91	,5	90,6	2,89	6
28	<b>01411 Dringender Besuch I</b>	,88	,5	91,1	,66	1
29	<b>35300 Testverfahren, standardisierte</b>	,86	,5	91,5	10,81	21
30	<b>01950 Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger</b>	,85	,5	92,0	8,50	16
31	<b>05331 Zuschlag weitere 15 Minuten</b>	,83	,5	92,4	1,19	2
32	<b>32001 Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen</b>	,83	,4	92,9	55,15	106
33	<b>30712 Anleitung des Patienten zur Selbstanwendung der transkutanen elektrischen Nervenstimulation</b>	,82	,4	93,3	4,31	8
34	<b>02360 Anwendung von Lokalanästhetika</b>	,77	,4	93,8	2,91	6



35	35100 Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	,71	,4	94,1	1,66	3
36	05230 Aufwandserstattung für das Aufsuchen eines Kranken	,55	,3	94,4	3,47	7
37	01210 Notfallpauschale	,51	,3	94,7	1,26	2
38	01951 Zuschlag Wochenende, Feiertage	,49	,3	95,0	2,32	4
39	02100 Infusion	,48	,3	95,2	3,03	6
40	31826 Anästhesie oder Narkose 6	,46	,2	95,5	,07	0
41	92115	,41	,2	95,7	,21	0
42	30740 Überprüfung eines zur Langzeitanalgesie angelegten Plexus-, Peridural- oder Spinalkatheters oder Funktionskontroll	,41	,2	95,9	1,29	2
43	30723 Ganglionäre Opioid-Applikation	,35	,2	96,1	1,32	3
44	31502 Postoperative Überwachung 2	,34	,2	96,3	,49	1
45	01430 Verwaltungskomplex	,34	,2	96,5	9,59	18
46	01211 Zusatzpauschale Besuchsbereitschaft	,32	,2	96,7	1,26	2
47	31827 Anästhesie oder Narkose 7	,31	,2	96,8	,04	0
48	30720 Analgesie eines Hirnnerven oder eines Hirnnervenganglions	,30	,2	97,0	1,15	2
49	31828 Zuschlag zu den Anästhesieleistungen nach den Nrn. 31821 bis 31827	,30	,2	97,2	,43	1
50	92111	,29	,2	97,3	,32	1

\*sachlich-rechnerisch richtig

KV-spezifische GOPs<=40855 sind mit bundeseinheitlichen entsprechenden GOPs zusammengefasst

\*\*Leist.-bed. in Euro mit 5,11 Cent in Punkte umgerechnet

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein

a Arztgruppe = Anästhesisten, GOP 30700 in 2008 = ja, GOP 30704 in 2008 = ja

## **Anlage 6.9**

Sonderauswertung für  
Gemeinschaftspraxen mit  
Vergleich I.2008 zu I.2007  
(Version 10.10.2008)

Tabelle 1:

**LEISTUNGSBEDARF IN PUNKTEN JE PRAXIS UND BEHANDLUNGSFALL NACH GEMEINSCHAFTSPRAXIS-TYP**  
im Quartal I/2008 und im Vergleichsquarteral des Vorjahres

ABRECHNUNGSGRUPPE Gemeinschaftspraxis (GP)*	PRAXEN mit Leistungsdaten in beiden Vergleichs- quartalen	LEISTUNGS- BEDARF JE PRAXIS im Quartal I/08	LEISTUNGS- BEDARF JE PRAXIS im Quartal I/07	Veränderung in %	LEISTUNGS- BEDARF JE FALL im Quartal I/08	LEISTUNGS- BEDARF JE FALL im Quartal I/07	Veränderung in %
GP fachgleich <HA>	758	2.685.554	2.417.211	11,1	1.547	1.425	8,6
GP fachgleich <FA>	828	4.257.281	4.062.994	4,8	1.724	1.627	6,0
GP fachübergr. <HA>	438	3.168.990	2.868.300	10,5	1.809	1.670	8,3
GP fachübergr. <FA>	92	4.545.762	4.264.835	6,6	1.917	1.783	7,5
GP fach-versübergr. <HA+FA>	83	6.287.738	5.708.276	10,2	1.956	1.782	9,8
<b>Gesamt</b>	<b>2.199</b>	<b>3.587.444</b>	<b>3.328.273</b>	<b>7,8</b>	<b>1.710</b>	<b>1.594</b>	<b>7,3</b>

\*ohne Medizinische Versorgungszentren und Einrichtungen nach §311 SGB V

Tabelle 2:

**BEHANDLUNGSFALLZAHLEN JE PRAXIS UND ANTEIL DER ÜBERWEISUNGEN AN ALLEN FÄLLEN  
NACH GEMEINSCHAFTSPRAXIS-TYP**

im Quartal I/2008 und im Vergleichsquartal des Vorjahres

ABRECHNUNGSGRUPPE Gemeinschaftspraxis (GP)*	PRAXEN mit Leistungsdaten in beiden Vergleichs- quartalen	FÄLLE JE PRAXIS im Quartal I/2008	FÄLLE JE PRAXIS im Quartal I/2007	Veränderung in %	ANTEIL DER ÜBERWEISUNG EN AN ALLEN FÄLLEN in % im Quartal I/2008	ANTEIL DER ÜBERWEISUNG EN AN ALLEN FÄLLEN in % im Quartal I/2007	Veränderung in %-Punkten
GP fachgleich <HA>	758	1.736	1.696	2,3	5,5	6,1	-,5
GP fachgleich <FA>	828	2.469	2.497	-1,1	75,6	75,5	,1
GP fachübergr. <HA>	438	1.752	1.718	2,0	13,1	14,0	-,9
GP fachübergr. <FA>	92	2.371	2.391	-,8	82,8	83,5	-,6
GP fach-versübergr. <HA+FA>	83	3.214	3.203	,4	69,5	69,8	-,3
<b>Gesamt</b>	<b>2.199</b>	<b>2.098</b>	<b>2.088</b>	<b>,4</b>	<b>45,2</b>	<b>46,0</b>	<b>-,8</b>

\*ohne Medizinische Versorgungszentren und Einrichtungen nach §311 SGB V