

Institut des Bewertungsausschusses · Wissenschaftliches Institut
der AOK · ZENTRALINSTITUT

Wissenschaftliche Begleitung zur Einführung des EBM 2008

Analyse der Kalkulationszeiten

Vergleich III/2008 mit III/2007

Version 1.1 – Stand: 22.02.2012

Institut des
Bewertungsausschusses



WIdO Wissenschaftliches Institut der AOK



ZENTRALINSTITUT FÜR DIE
KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG
IN DEUTSCHLAND

Wissenschaftliche Begleitung zur Einführung des EBM
2008
Analyse der Kalkulationszeiten
Vergleich III/2008 mit III/2007
Version 1.1
Stand: 22.02.2012

Institut des Bewertungsausschusses
Wilhelmstr. 138, 10963 Berlin
Tel: 030/8145260-0, Fax: 030/8145260-19
Internet: <http://www.institut-ba.de>

Wissenschaftliches Institut der AOK
Rosenthaler Str. 31, 10178 Berlin
Tel.: 030/34646-23 93, Fax: 030/34646-2144
Internet: <http://www.wido.de>

ZENTRALINSTITUT
Herbert-Lewin-Platz 3, 10623 Berlin
Tel: 030/4005-2400, Fax: 030/39 49 37 39
Internet: <http://www.zi-berlin.de>

Nachdruck, Wiedergabe, Vervielfältigung und Verbreitung (gleich welcher Art), auch von Teilen des Werkes, bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung.

Inhalt

Vorbemerkung	5
1 Analyse der Kalkulationszeiten im EBM 2008	7
1.1 Ziel der Plausibilitätsanalyse	7
1.2 Datenbasis und Methode.....	7
1.3 Referenzgröße für den Arbeitszeitvergleich.....	10
2 Ergebnisse im Überblick.....	12
2.1 Ergebnisse des GKV-Modells nach Arztgruppen und Kategorien	12
2.2 Ergebnisse des KBV-Modells nach Arztgruppen und Kategorien	15
2.3 Errechnete Zeitsummen im Überblick.....	18
2.4 Errechnete Zeitsummen je Arzt und Referenzzeit	20
2.5 Errechnete Zeitsummen je Fall.....	22
3 Differenzierte Ergebnisse nach Fachgruppen.....	24
3.1 Allgemeinärzte.....	25
3.2 Anästhesisten	29
3.3 Augenärzte	33
3.4 Chirurgen (ohne Schwerpunkt).....	37
3.5 Frauenärzte	41
3.6 HNO-Ärzte.....	45
3.7 Hautärzte.....	49
3.8 Internisten (hausärztlich)	53
3.9 Kinderärzte (Hausärzte).....	57
3.10 Nervenärzte (ohne Neurologen/Psychiater).....	61
3.11 Orthopäden	65
3.12 Radiologen	69
3.13 Urologen.....	73
3.14 Internisten, Schwerpunkt Gastroenterologie	77

3.15	Internisten, Schwerpunkt Kardiologie	81
3.16	Internisten, Schwerpunkt Nephrologie	85
3.17	Internisten, Schwerpunkt Pneumologie	89
3.18	Kinder-/Jugendpsychiatrie/-psychotherapie	93
3.19	Pathologen	97
3.20	Psychiater.....	101
3.21	Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.....	105
3.22	Ärztliche Psychotherapeuten	109
3.23	Psychologische Psychotherapeuten	113
3.24	Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten	117
	Abbildungsverzeichnis	122
	Tabellenverzeichnis	126
	Anlagen	131

Vorbemerkung

Der Bewertungsausschuss beauftragt 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 mit dem Ziel, die Auswirkungen des neuen Vergütungssystems „EBM 2008“ auf das tatsächliche Leistungs- und Abrechnungsgeschehen zu analysieren.

Das Konzept für die Begleitstudie soll – analog zum diesbezüglichen Teil der wissenschaftlichen Begleitung zur Einführung des EBM 2000plus – von den Instituten 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.

Die Begleitstudie erfolgt nach einem modulartig aufgebauten Untersuchungs-/ Auswertungsschema und umfasst¹:

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

¹ Vgl. das Studiendesign zur Begleitstudie, V.1.0, welche auf der 303. Sitzung des AABA am 4.3.2008 in Köln beschlossen wurde.

1 Analyse der Kalkulationszeiten im EBM 2008

1.1 Ziel der Plausibilitätsanalyse

Ziel dieses Untersuchungsteils der Begleitstudie zum EBM 2008 ist die Überprüfung der Plausibilität der im Rahmen der Gebührenordnung zugrunde gelegten Zeitkalkulationen.

Geprüft werden insbesondere folgende Fragen:

- Wie hoch ist der Anteil des Leistungsbedarfs, der auf zeitbewertete EBM-Positionen entfällt?
- Welche „Zeitsumme“ der Ärzte entfällt im Quartal auf die Summe der abgerechneten, zeitbewerteten EBM-Ziffern?
- Welche Verteilung der errechneten „Zeitsummen“ ergibt sich innerhalb der Fachgruppen?
- Bestehen Unterschiede im Fachgruppenvergleich in den „Zeitsummen“ und wodurch sind sie begründet (Erklärungsvariablen Fallzahlen, Zeitsumme pro Fall, Kostenstrukturanalyse)?
- Wie ist die „Zeitsumme“ der zeitbewerteten EBM-Ziffern zu bewerten vor dem Hintergrund der Kalkulationsannahmen im EBM?

1.2 Datenbasis und Methode

Untersuchungsbasis sind die anonymisierten Abrechnungsdaten von 13.917 Vertragsarztpraxen in den KV-Bereichen Brandenburg und Nordrhein, die bereits in der „Komplett Datenanalyse“ dieser Begleitstudie dargestellt wurden. Es handelt sich um Praxen, die im 3. Quartal 2007 und 3. Quartal 2008 abrechnen und die in beiden Quartalen derselben Fachgruppe angehören. Im Rahmen der Analyse der Kalkulationszeiten werden die wichtigsten Arztgruppen und damit 12.414 Ärzte betrachtet (*vergleiche Tabelle 1*). 86,3 % dieser Ärzte sind in Einzelpraxen tätig. Dieser Anteil va-

riert zwischen den Arztgruppen und ist bei Nervenärzten und in den psychotherapeutischen Arztgruppen, wo der Anteil jeweils knapp unter 100 % liegt am höchsten, bei Nephrologen mit 25 % und Radiologen mit 47,3 % am geringsten ausgeprägt.

Arztgruppen	Anzahl Ärzte in Praxis								Gesamt	
	1		2		3		4		Anzahl	in %
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %		
Allgemeinärzte	2.848	83,3	496	14,5	68	2,0	6	0,2	3.418	100
Anästhesisten	212	84,8	27	10,8	3	1,2	8	3,2	250	100
Augenärzte	433	80,5	85	15,8	11	2,0	9	1,7	538	100
Chirurgen	261	77,2	63	18,6	9	2,7	5	1,5	338	100
Frauenärzte	1.008	87,1	132	11,4	12	1,0	5	0,4	1.157	100
HNO-Ärzte	401	86,2	56	12,0	5	1,1	3	0,6	465	100
Hautärzte	301	83,6	56	15,6	2	0,6	1	0,3	360	100
Internisten <Hausärzte>	916	88,3	114	11,0	7	0,7			1.037	100
Kinderärzte <Hausärzte>	505	81,7	108	17,5	5	0,8			618	100
Nervenärzte*	169	99,4	1	0,6					170	100
Orthopäden	406	78,2	103	19,8	8	1,5	2	0,4	519	100
Radiologen	35	47,3	24	32,4	12	16,2	3	4,1	74	100
Urologen	196	77,5	43	17,0	9	3,6	5	2,0	253	100
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	75	81,5	13	14,1	3	3,3	1	1,1	92	100
Innere Medizin, SP Kardiologie	65	63,1	23	22,3	9	8,7	6	5,8	103	100
Innere Medizin, SP Nephrologie	13	25,0	21	40,4	11	21,2	7	13,5	52	100
Innere Medizin, SP Pneumologie	88	81,5	16	14,8	3	2,8	1	0,9	108	100
Kinder-/Jugendpsychiatrie/ -psychotherapie	60	84,5	10	14,1	1	1,4			71	100
Pathologie	31	60,8	14	27,5	3	5,9	3	5,9	51	100
Psychiatrie	208	97,2	6	2,8					214	100
Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie	227	100,0							227	100
Ärztliche Psychotherapeuten	281	100,0							281	100
Psychologische Psychotherapeuten	1.730	97,9	37	2,1	1	0,1			1.768	100
Kinder- u. Jugendl. -Psychotherapeuten	247	98,8	2	0,8	1	0,4			250	100
Gesamt	10.716	86,3	1.450	11,7	183	1,5	65	0,5	12.414	100

* ohne Neurologen/Psychiater

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Für diese Praxen werden auf Basis der abgerechneten EBM-Ziffern anteilige Zeitsummen im Quartal je Arzt errechnet. Angestellte Ärzte gehen in die Berechnungen ein, da die Angaben in den vorliegenden Daten diese Personen nicht separat ausweisen. Ob Ärzte - trotz voller Zulassung - in unterschiedlichem Maße in Teilzeit tätig sind, ist aus den Abrechnungsdaten nicht ablesbar, weshalb dies dann in der Analyse nicht berücksichtigt werden kann. Ist – wie aus anderen Untersuchungen des Bewertungsausschusses hervorgeht - Teilzeittätigkeit in bestimmten Arztgruppen stärker verbreitet als in anderen, kann dies dazu führen, dass die ermittelten Quartalszeiten „zu niedrige“ Kalkulationszeiten für die Leistungen der jeweiligen Arztgruppe suggerieren.

Zugrunde gelegt werden bei der Berechnung

1. die Kalkulationszeit aus „Anhang 3 zum EBM2008“ für III/2008,
2. die Prüfzeiten aus „Anhang 3 zum EBM2008“ für III/2008 für EBM-Ziffern ohne Kalkulationszeit,
3. die Zeiten KV-spezifischer EBM-Ziffern, die im numerischen Teil einer zeitkalkulierten bundeseinheitlichen Ziffer entsprechen.

Berechnungen für einzelne Leistungen oder Leistungskomplexe oder tagesbezogene Analysen können auf der verfügbaren Datenbasis mangels Fall- und Tagesbezug nicht durchgeführt werden.

Für die Evaluation des EBM 2008 haben sich die Mitglieder der AG Evaluation darauf geeinigt, dass im Rahmen der Plausibilitätsanalyse der Kalkulationszeiten zwei unterschiedliche Modelle gerechnet werden:

- das Modell der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV-Modell)
- das Modell des GKV-Spitzenverbands (GKV-Modell).

Für beide Modelle wurden je nach Vorliegen von Zeiten in der Gebührenordnung fünf verschiedene Kategorien von Gebührenordnungsziffern gebildet, die je nach Modell unterschiedlich bei der Zeitbewertung behandelt werden (sofern keine Kalkulationszeit für die GOPs vorliegt). Dies führt bei

fast allen analysierten Arztgruppen zu unterschiedlichen Ergebnissen in den errechneten Zeitsummen.

Die Methoden für beide Modelle sind im Anhang ausführlich beschrieben (*vergleiche Anhang*).

Beide Modelle unterscheiden sich in ihrer Methodik allerdings von der Vorgehensweise im Rahmen der Evaluation des EBM 2000plus, so dass Unterschiede in den Ergebnissen im Vergleich der Evaluation des EBM 2008 zur Evaluation des EBM 2000plus immer auch methodische Ursachen haben. Die Methodik der KBV lehnt sich so nah wie möglich an die Methodik der Evaluation des EBM 2000plus. Für einige Arztgruppen ist ein Vergleich der aktuellen Ergebnisse mit denen aus der Evaluation des EBM 2000plus nicht möglich, weil aktuell 24 Arztgruppen ausgewertet wurden, während seinerzeit nur die Zeitsummen der wichtigsten 13 Arztgruppen berechnet wurden.

Wenn die Vergleichszahlen aus der Evaluation des EBM 2000plus herangezogen werden, muß bedacht werden, dass seinerzeit für jede Arztgruppe zwei Zeitsummen errechnet wurden. Es ist zu unterscheiden zwischen:

- ◆ Zeitsummen im engeren Sinne - im folgenden i.e.S. - (Einbeziehung von EBM-Ziffern mit Arztzeittaktung i.e.S. je Quartal in Std., d.h. nur Ziffern mit Kalkulationszeit, ergänzt um Ziffern mit Prüfzeit, ergänzt um die Ziffern 80100-80112, ergänzt um KV-spezifische Ziffern mit bundeseinheitlichem numerischen Teil) und
- ◆ Zeitsummen im weiteren Sinne - im folgenden - i.w.S. - (Zeitsummen im engeren Sinne ergänzt um EBM-Ziffern, denen zwar eine Arbeitszeit des Arztes zugrunde liegt, aber eine Kalkulations- oder Prüfzeit aus unterschiedlichen Gründen nicht vorgegeben war; die Berechnung des Zeitwertes für diese Ziffern erfolgte unter der Annahme, dass sich hier das Verhältnis von Leistungsbedarf zu Arztzeiten bei jeder Arztgruppe so darstellte, wie bei denjenigen EBM-Ziffern, für die Zeiten vorlagen)

1.3 Referenzgröße für den Arbeitszeitvergleich

Als Referenzgröße für die „Norm-Arbeitszeit“ zum Zwecke des Vergleichs der errechneten Arbeitszeit aus allen zeitgetakteten EBM-Ziffern wird die

Kalkulationszeit herangezogen, die im Bewertungsausschuss Grundlage für die EBM-Kalkulation war.

Der Bewertungsausschuss hat als Brutto-Arbeitszeit 585 Stunden je Arzt und Quartal festgelegt. Von dieser Brutto-Arbeitszeit sind die Zeiten (Rüstzeiten, Verwaltung etc.) abzuziehen, die nicht für die unmittelbare Patientenbetreuung zur Verfügung stehen. Die Netto-Arbeitszeit wurde mit 511 Stunden je Arzt und Quartal durch den Bewertungsausschuss festgelegt. Dies entspricht etwa 8,5 Arbeitsstunden je Tag für die unmittelbare Patientenbetreuung von Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung, soweit dabei Leistungen zu Lasten der GKV abgerechnet werden. Die Behandlung von privatversicherten Personen oder von gesetzlich krankenversicherten Personen auf Privatrechnung (IGEL) oder zu Lasten anderer Kostenträger (bspw. Unfallversicherung) spielt in diesem Zusammenhang keine Rolle.

Diese Netto-Arbeitszeit von 511 Stunden je Arzt und Quartal wird im Folgenden als Referenzgröße für den Arbeitszeitvergleich zugrunde gelegt.

2 Ergebnisse im Überblick

Im Folgenden sollen zunächst einige Ergebnisse in Übersichtstabellen dargestellt werden, eine differenzierte Darstellung der einzelnen Arztgruppen erfolgt.

2.1 Ergebnisse des GKV-Modells nach Arztgruppen und Kategorien

Die folgende *Tabelle 2* zeigt für das GKV-Modell zunächst, wie sich der Leistungsbedarf in den einzelnen Arztgruppen auf die fünf Kategorien verteilt, die gebildet wurden, je nachdem ob eine Kalkulations- oder Prüfzeit für eine GOP vorhanden ist bzw. je nachdem, wie bei den nicht vorhandenen Kalkulationszeiten ersatzweise vorgegangen wird, um ggf. zu Zeitbewertungen zu kommen.

Tabelle 2: GKV-Modell: Verteilung des Leistungsbedarfs* (in %) von ausgewählten Fachgruppen nach Vorhandensein von Prüf- und Kalkulationszeiten in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008						
	Kategorie I	Kategorie II	Kategorie III	Kategorie IV	Kategorie V	
		GOPs mit nachberechneter Kalkulationszeit für Versicherungspauschale	GOPs ohne Kalkulationszeit, aber mit Prüfzeit	GOPs ohne Kalkulations- und Prüfzeit, aber ärztliche Leistung	GOPs ohne Kalkulations- und Prüfzeit, keine ärztl. Leistung resp. delegierfähige Leistung (ärztl. Leistung ohne ärztl. Arbeitszeit)	
Arztgruppe	Kalkulierte GOPs					Gesamt
Allgemeinärzte	8,0	71,5	3,4	11,1	6,0	100,0
Anästhesisten	86,8		3,4	5,5	4,3	100,0
Augenärzte	79,9		0,2	18,8	1,2	100,0
Chirurgen	90,8	0,0	3,9	1,6	3,7	100,0
Frauenärzte	80,1	0,0	12,1	2,2	5,6	100,0
HNO-Ärzte	91,8		4,8	1,6	1,8	100,0
Hautärzte	90,9	0,1	1,1	1,7	6,2	100,0
Internisten <Hausärzte>	8,3	70,0	2,4	13,1	6,4	100,0

Kinderärzte <Hausärzte>	14,7	66,2	5,4	10,2	3,5	100,0
Nervenärzte**	60,2	35,0	2,2	1,1	1,6	100,0
Orthopäden	88,3		7,4	1,3	3,0	100,0
Radiologen	94,6		0,2	1,7	3,5	100,0

...

Tabelle 2: Fortsetzung

Arztgruppe	Kategorie I	Kategorie II	Kategorie III	Kategorie IV	Kategorie V	Gesamt
	Kalkulierte GOPs	GOPs mit nachberechneter Kalkulationszeit für Versicherungspauschale	GOPs ohne Kalkulationszeit, aber mit Prüfzeit	GOPs ohne Kalkulations- und Prüfzeit, aber ärztliche Leistung	GOPs ohne Kalkulations- und Prüfzeit, keine ärztl. Leistung resp. delegierfähige Leistung (ärztl. Leistung ohne ärztl. Arbeitszeit)	
Urologen	75,3		3,3	4,6	16,7	100,0
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	53,3	0,0	41,1	1,3	4,3	100,0
Innere Medizin, SP Kardiologie	33,8		60,2	1,4	4,7	100,0
Innere Medizin, SP Nephrologie	5,8		10,6	18,6	65,0	100,0
Innere Medizin, SP Pneumologie	80,6		0,1	4,8	14,6	100,0
Kinder-/Jugend- psychiatrie/-psycho- therapie	60,9		0,9	0,9	37,2	100,0
Pathologie	13,4		75,8	0,3	10,5	100,0
Psychiatrie	71,0	24,3	2,1	1,5	1,1	100,0
Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie	98,3	0,0	0,0	1,2	0,5	100,0
Ärztliche Psychotherapeuten	97,5		0,0	1,4	1,0	100,0
Psychologische Psychotherapeuten	99,7		0,2	0,1	0,1	100,0
Kinder- u. Jugendl.- Psychotherapeuten	92,4	0,6	6,8	0,1	0,1	100,0
Gesamt	46,6	32,1	6,3	7,6	7,3	100,0

* sachlich-rechnerisch richtig

** ohne Neurologen/Psychiater

Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Tabelle 3 weist in der Gesamtspalte die nach dem GKV-Modell errechneten durchschnittlichen Zeitsummen je Arzt und Quartal für die einzelnen Arztgruppen aus und differenziert dabei die absoluten Arztzeiten für die fünf Kategorien. Bei einigen Arztgruppen ergeben sich hohe Zeitanteile, die ins-

besondere durch die nachberechnete Kalkulationszeit (Kategorie II) entstehen, so bei den hausärztlich tätigen Arztgruppen aber auch bei den Nervenärzten und Psychiatern. In Kategorie III finden sich hohe Zeitwerte insbesondere bei den Kardiologen, Pathologen, Nephrologen und Gastroenterologen. In Kategorie IV sind die Zeitwerte wiederum bei den hausärztlichen Fachgruppen am höchsten.

Tabelle 3: Errechnete Zeitsummen* je Arzt und Kategorie nach ausgewählten Fachgruppen in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008

Arztgruppe	Kategorie I	Kategorie II	Kategorie III	Kategorie IV	Kategorie V	Gesamt
	Kalkulierte GOPs	GOPs mit nachberechneter Kalkulationszeit für Versicherungspauschale	GOPs ohne Kalkulationszeit, aber mit Prüfzeit	GOPs ohne Kalkulations- und Prüfzeit, aber ärztliche Leistung	GOPs ohne Kalkulations- und Prüfzeit, keine ärztl. Leistung resp. delegierfähige Leistung (ärztl. Leistung ohne ärztl. Arbeitszeit)	
Allgemeinärzte	57	522	24	82	0	685
Anästhesisten	298		5	27	0	331
Augenärzte	559		1	31	0	591
Chirurgen	579	0	13	13	0	605
Frauenärzte	545	0	45	13	0	603
HNO-Ärzte	555		12	14	0	581
Hautärzte	554	0	6	12	0	572
Internisten <Hausärzte>	59	556	18	109	0	742
Kinderärzte <Hausärzte>	111	425	46	68	0	651
Nervenärzte**	433	307	14	7	0	761
Orthopäden	756		27	13	0	796
Radiologen	491		0	8	0	499
Urologen	551		19	30	0	599
Innere Medizin, – SP Gastroenterologie	403	0	116	13	0	532
– SP Kardiologie	313		358	14	0	684
– SP Nephrologie	156		244	84	0	483
– SP Pneumologie	727		1	72	0	801
Kinder- /Jugendpsychiatrie/ psychotherapie	447		13	6	0	466
Pathologie	25		302	2	0	329
Psychiatrie	329	134	8	6	0	478
Psychotherapeutische Medizin u. Psychotherapie	226	0	0	2	0	228

Tabelle 3: Errechnete Zeitsummen* je Arzt und Kategorie nach ausgewählten Fachgruppen in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008						
Ärztliche Psychotherapeuten	232		0	3	0	235
Psychologische Psychotherapeuten	246		0	0	0	247
Kinder- u. Jugendl.- Psychotherapeuten	208	2	13	0	0	223
Gesamt	285	219	27	43	0	574
* mittl. Nettokalkulationszeit in Stunden, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus "Ersatzverfahren GKV-SV " ergänzt bei Fehlen						
** ohne Neurologen/Psychiater						
Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008						

2.2 Ergebnisse des KBV-Modells nach Arztgruppen und Kategorien

Die folgende *Tabelle 4* zeigt für das KBV-Modell, wie sich der Leistungsbedarf in den einzelnen Arztgruppen auf die fünf Kategorien (A bis E) verteilt, die gebildet wurden, je nachdem ob eine Kalkulations- oder Prüfzeit für eine GOP vorhanden ist bzw. je nachdem, wie bei den nicht vorhandenen Kalkulationszeiten ersatzweise vorgegangen wird, um ggf. zu Zeitbewertungen zu kommen.

Tabelle 4: Verteilung des Leistungsbedarfs* (in %) ausgewählter Fachgruppen nach Vorhandensein von Prüf- und Kalkulationszeiten gemäß Vorgabe der KBV für Gebührennummern in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008						
Arztgruppe	Kategorie A	Kategorie B	Kategorie C	Kategorie D	Kategorie E	Gesamt
	kalkulierte GOPs	GOPs mit nachgestellter Kalkulationszeit	GOPs ohne Kalkulationszeit mit Prüfzeit	GOPs ohne konsentier-te Arztzeit	Nicht tangierte GOPs	
Allgemeinärzte	8,2	71,5	3,4	4,7	12,2	100,0
Anästhesisten	86,9		3,4	3,8	6,0	100,0
Augenärzte	79,9		0,2	0,9	19,0	100,0
Chirurgen	91,8	0,0	3,9	1,6	2,6	100,0
Frauenärzte	80,1	7,1	5,0	1,4	6,4	100,0
HNO-Ärzte	92,1		4,8	1,9	1,2	100,0

Hautärzte	90,9	0,1	1,1	1,3	6,6	100,0
Internisten <Hausärzte>	8,3	70,0	2,4	3,2	16,2	100,0
Kinderärzte <Hausärzte>	14,8	70,9	0,7	5,0	8,6	100,0
Nervenärzte**	60,3	35,0	2,2	1,5	1,1	100,0
Orthopäden	89,6		7,4	1,4	1,6	100,0
Radiologen	95,2		0,2	2,2	2,4	100,0
Urologen	75,3		3,3	1,8	19,5	100,0
Innere Medizin, – SP Gastroenterologie	53,4	0,0	41,1	0,9	4,6	100,0
– SP Kardiologie	34,2		60,2	1,2	4,5	100,0
– SP Nephrologie	5,9		10,6	0,2	83,3	100,0
– SP Pneumologie	80,6		0,1	0,7	18,6	100,0
Kinder- /Jugendpsychiatrie/- psychotherapie	60,9		0,9	0,4	37,7	100,0
Pathologie	13,4		75,8	0,3	10,4	100,0
Psychiatrie	71,0	24,3	2,1	2,1	0,6	100,0
Psychotherapeutische Medizin u. Psychotherapie	98,3	0,0	0,0	1,5	0,2	100,0

...

Tabelle 4: Fortsetzung

Arztgruppe	Kategorie A	Kategorie B	Kategorie C	Kategorie D	Kategorie E	Gesamt
	kalkulierte GOPs	GOPs mit nachge- stellter Kalkulati- onszeit	GOPs ohne Kalkulati- onszeit mit Prüfzeit	GOPs ohne konsentier- te Arztzeit	Nicht tan- gierte GOPs	
Ärztliche Psychotherapeuten	97,5		0,0	2,2	0,2	100,0
Psychologische Psychotherapeuten	99,7		0,2	0,1	0,1	100,0
Kinder- u. Jugendl.- Psychotherapeuten	92,4	0,6	6,8	0,1	0,1	100,0
Gesamt	46,8	33,1	5,3	2,7	12,1	100,0

* sachlich-rechnerisch richtig
 ** ohne Neurologen/Psychiater

Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, KBV, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Tabelle 5 weist in der Gesamtspalte die nach dem KBV-Modell errechneten durchschnittlichen Zeitsummen je Arzt und Quartal für die einzelnen Arztgruppen aus und differenziert dabei die absoluten Arztzeiten für die fünf Kategorien A bis E. Bei einigen Arztgruppen ergeben sich auch hier hohe Zeitanteile, die insbesondere durch die nachberechnete Kalkulationszeit

(Kategorie B) entstehen, so bei den hausärztlich tätigen Arztgruppen aber auch bei den Nervenärzten und Psychiatern. Allerdings liegen die Werte für Allgemeinärzte und hausärztliche Internisten deutlich unter den Werten im GKV-Modell. In Kategorie C finden sich hohe Zeitwerte insbesondere bei den Kardiologen, Pathologen, Nephrologen und Gastroenterologen. In Kategorie D sind die Zeitwerte bei den hausärztlichen Fachgruppen am höchsten, heben sich allerdings weniger deutlich von den anderen Fachgruppen ab als dies im GKV-Modell der Fall ist. Die Zeitwerte in Kategorie A entsprechen den Werten der Kategorie A des GKV-Modells, da hier jeweils die vorhandenen Kalkulationszeiten für die Berechnung herangezogen werden.

Arztgruppe	Kategorie A	Kategorie B	Kategorie C	Kategorie D	Kategorie E	Gesamt
	kalkulierte GOPs	GOPs mit nachgestellter Kalkulationszeit	GOPs ohne Kalkulationszeit mit Prüfzeit	GOPs ohne konsentier-te Arztzeit	Nicht tangierte GOPs	
Allgemeinärzte	57	470	23	31	0	581
Anästhesisten	298		5	13	0	316
Augenärzte	559		1	7	0	566
Chirurgen	579	0	12	10	0	601
Frauenärzte	545	30	12	9	0	595
HNO-Ärzte	555		10	11	0	576
Hautärzte	554	0	6	8	0	568
Internisten <Hausärzte>	59	502	17	23	0	601
Kinderärzte <Hausärzte>	111	421	3	31	0	566
Nervenärzte **	433	307	12	11	0	763
Orthopäden	756		24	11	0	791
Radiologen	491		0	12	0	502
Urologen	551		17	13	0	581
Innere Medizin, – SP Gastroenterologie	403	0	97	5	0	504
– SP Kardiologie	313		298	8	0	618

– SP Nephrologie	156		224	5	0	385
– SP Pneumologie	727		1	7	0	735
Kinder- /Jugendpsychiatrie/- psychotherapie	447		13	3	0	463
Pathologie	25		286	1	0	312
Psychiatrie	329	134	7	10	0	481
Psychotherapeutische Medizin u. Psychotherapie	226	0	0	4	0	229
Ärztliche Psychotherapeuten	232		0	5	0	237
Psychologische Psychotherapeuten	246		0	0	0	247
Kinder- u. Jugendl.- Psychotherapeuten	208	2	11	0	0	221
Gesamt	285	203	20	16	0	523
* mittl. Nettokalkulationszeit in Stunden, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, ausgeschlossen GOP ohne Leistungsbedarf, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen						
** ohne Neurologen/Psychiater						
Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, KBV, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008						

2.3 Errechnete Zeitsummen im Überblick

Die *Tabelle 6* gibt zunächst einen Überblick über die errechneten Zeitsummen je Arzt und Quartal für die insgesamt 13 Fachgruppen, die Gegenstand der Evaluation des EBM 2000plus waren, sowie der 24 Fachgruppen, die Gegenstand der Evaluation des EBM 2008 sind. Letztere werden unterschieden nach dem KBV-Modell und dem GKV-Modell.

Betrachtet man die unterschiedlichen Ergebnisse der beiden Modelle, so fällt zunächst auf, dass insbesondere bei den hausärztlich tätigen Fachgruppen (Allgemeinärzte, hausärztliche Internisten und Kinderärzte) die Zeitsummen in dem GKV-Modell erheblich höher ausfallen als im KBV-Modell. Deutliche Unterschiede finden sich auch bei einigen Fachgruppen der Schwerpunktinternisten, insbesondere bei den Nephrologen, den Kardiologen und den Pneumologen. Interessant ist auch, dass es eine Reihe von Fachgruppen gibt, bei denen man in beiden Modellen zu sehr ähnlichen Ergebnissen kommt. Dies gilt insbesondere für alle Fachgruppen, die im Schwerpunkt psychotherapeutische Leistungen erbringen, trifft aber auch für eine ganze Reihe der zahlenmäßig großen Facharztgruppen zu

(Chirurgen, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Radiologen).

Nach dem KBV-Modell weisen 13 der insgesamt 24 untersuchten Fachgruppen Zeitsummen von mehr als 511 Stunden auf. Die höchsten Werte finden sich hier bei den Orthopäden (791 Std.), den Nervenärzten (763 Std.) und den Pneumologen (735 Std.), die niedrigsten Werte bei den unterschiedlichen psychotherapeutischen Fachgruppen.

Nach dem GKV-Modell weisen 14 der 24 Fachgruppen Zeitsummen von mehr als 511 Stunden je Arzt im Quartal auf. Die höchsten Werte finden sich hier bei den Pneumologen (801 Std.), den Orthopäden (796 Std.), den Nervenärzten (761 Std.) und den hausärztlichen Internisten (742 Std.), die niedrigsten Zeitsummen bei einigen der psychotherapeutischen Fachgruppen.

Arztgruppen, die mit Ihren Zeitsummen in beiden Modellen ähnliche Werte erreichen und gleichzeitig über dem Referenzwert von 511 Stunden liegen sind Chirurgen, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Nervenärzte und Orthopäden.

Arztgruppen	Mittl. Summe Nettokalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden				Unterschied GKV-/KBV-Modell in Minuten
	Eval. EBM 2000+		KBV-Modell **	GKV-Modell	
	i.e.S.	i.w.S.			
Allgemeinärzte	477	525	581	685	104
Anästhesisten	286	311	316	331	15
Augenärzte	469	475	566	591	25
Chirurgen	470	485	601	605	4
Frauenärzte	552	565	595	603	8
HNO-Ärzte	494	506	576	581	5
Hautärzte	414	422	568	572	4
Internisten <Hausärzte>	525	566	601	742	141
Kinderärzte <Hausärzte>	509	547	566	651	85
Nervenärzte***	537	560	763	761	-2
Orthopäden	616	639	791	796	5
Radiologen	472	481	502	499	-3
Urologen	428	460	581	599	18
Innere Medizin, – SP Gastroenterologie			504	532	28

– SP Kardiologie			618	684	66
– SP Nephrologie			385	483	98
– SP Pneumologie			735	801	66
Kinder-/Jugendpsychiatrie/- psychotherapie			463	466	3
Pathologie			312	329	17
Psychiatrie			481	478	-3
Psychotherapeutische Me- dizin u. Psychotherapie			229	228	-1
Ärztliche Psychotherapeu- ten			237	235	-2
Psychologische Psycho- therapeuten			247	247	0
Kinder- u. Jugendl.- Psychotherapeuten			221	223	2
Gesamt	492	520	523	574	51
* mittl. Nettokalkulationszeit in Stunden, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus „Ersatzverfahren GKV-SV“ ergänzt bei Fehlen					
** nach Anwendung des Ersatzverfahrens					
*** ohne Neurologen/Psychiater					
<i>Quelle: Abrechnungsdaten III/2005 und Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008</i>					

2.4 Errechnete Zeitsummen je Arzt und Referenzzeit

Die folgende Tabelle zeigt im Überblick jeweilige Anteile an Praxen, die in den einzelnen Fachgruppen über bzw. unter dem Referenzwert von 511 Stunden im Quartal liegen. Erwartungsgemäß weisen hier die Fachgruppen mit den höchsten bzw. niedrigsten Zeitsummen auch die höchsten bzw. niedrigsten Werte bei den entsprechenden Anteilen auf. Die Unterschiede der fachgruppenspezifischen Zeitsummen in den beiden Modellen spiegeln sich hier entsprechend wider.

Tabelle 7: Praxen mit einer Zeitsumme* kleiner oder gleich bzw. mehr als 511 Netto-Stunden je Arzt in %

Arztgruppen	Eval. EBM 2000+		KBV-Modell **		GKV-Modell	
	≤ 511 Std.	> 511 Std.	≤ 511 Std.	> 511 Std.	≤ 511 Std.	> 511 Std.
Allgemeinärzte	58,4	41,6	43,6	56,4	27,3	72,7
Anästhesisten	91,0	9,0	88,8	11,2	84,4	15,6
Augenärzte	57,0	43,0	40,7	59,3	34,8	65,2
Chirurgen	58,9	41,1	37,0	63,0	34,3	65,7
Frauenärzte	42,3	57,7	35,3	64,7	31,4	68,6
HNO-Ärzte	55,9	44,1	37,4	62,6	34,4	65,6
Hautärzte	78,2	21,8	42,5	57,5	40,0	60,0
Internisten <Hausärzte>	47,5	52,5	36,8	63,2	18,3	81,7
Kinderärzte <Hausärzte>	50,8	49,2	46,6	53,4	26,9	73,1
Nervenärzte***	44,6	55,4	14,7	85,3	13,5	86,5
Orthopäden	24,3	75,7	11,6	88,4	10,0	90,0
Radiologen	62,5	37,5	66,2	33,8	64,9	35,1
Urologen	72,7	27,3	47,4	52,6	40,7	59,3
Innere Medizin, – SP Gastroenterologie			57,6	42,4	48,9	51,1
– SP Kardiologie			31,1	68,9	19,4	80,6
– SP Nephrologie			86,5	13,5	61,5	38,5
– SP Pneumologie			16,7	83,3	13,0	87,0
Kinder-/Jugendpsychiatrie/ psychotherapie			59,2	40,8	59,2	40,8
Pathologie			84,3	15,7	78,4	21,6
Psychiatrie			58,9	41,1	56,5	43,5
Psychotherapeutische Me- dizin u. Psychotherapie			99,1	0,9	99,1	0,9

...

Tabelle 7: Fortsetzung

Arztgruppen	Eval. EBM 2000+		KBV-Modell **		GKV-Modell	
	≤ 511 Std.	> 511 Std.	≤ 511 Std.	> 511 Std.	≤ 511 Std.	> 511 Std.
Ärztliche Psychotherapeu- ten			97,5	2,5	97,5	2,5
Psychologische Psycho- therapeuten			98,5	1,5	98,5	1,5
Kinder- u. Jugendl.- Psychotherapeuten			98,8	1,2	98,4	1,6
Gesamt	54,4	45,6	52,9	47,1	44,3	55,7

* mittl. Nettokalkulationszeit in Stunden, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus „Ersatzverfahren GKV-SV“ ergänzt bei Fehlen

** vor Anwendung des Ersatzverfahrens

*** ohne Neurologen/Psychiater

Quelle: Abrechnungsdaten III/2005 und Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

2.5 Errechnete Zeitsummen je Fall

Bezieht man die errechneten Zeitsummen auf die Anzahl der von der jeweiligen Fachgruppe abgerechneten Fälle, so ergibt sich die Nettokalkulationszeit je Fall. Über alle betrachteten Arztgruppen beträgt diese nach dem KBV-Modell 38 Minuten und nach dem GKV-Modell 42 Minuten. Teilweise gibt es dabei große Unterschiede zwischen den Fachgruppen, das Spektrum reicht von 5 Minuten je Fall bei Pathologen bis 307 Minuten je Fall bei den Psychologischen Psychotherapeuten.

Die bereits bei den Zeitsummen insgesamt festgestellten Unterschiede zwischen den beiden Rechenmodellen zeigen sich auch hier, da in beiden Modellen die gleiche Zahl der Abrechnungsfälle zugrunde liegt. Unterschiede zeigen sich bei den hausärztliche tätigen Fachgruppen (Allgemeinärzte, hausärztliche Internisten und Kinderärzte), und bei einigen Fachgruppen der Schwerpunktinternisten, insbesondere bei den Nephrologen, den Kardiologen und den Pneumologen.

Was die Höhe der errechneten Durchschnittswerte bei den Nettokalkulationszeiten je Fall betrifft, ist zu berücksichtigen, dass die Berechnung auf den Quartalsfall abstellt.

Arztgruppen	Mittl. Summe Nettokalkulationszeit je Fall und Quartal in Minuten			Unterschied GKV-/KBV-Modell in Minuten	
	Eval. EBM 2000+****		KBV-Modell **		
	i.e.S.	i.w.S.			
Allgemeinärzte	34	37	40	47	7
Anästhesisten	74	80	80	84	4
Augenärzte	21	21	25	26	1
Chirurgen	34	35	44	44	0
Frauenärzte	29	30	31	31	0
HNO-Ärzte	28	29	32	32	0

Hautärzte	16	16	22	22	0
Internisten <Hausärzte>	35	38	40	49	9
Kinderärzte <Hausärzte>	29	31	32	36	4
Nervenärzte***	41	43	48	48	0
Orthopäden	31	32	41	41	0
Radiologen	20	20	21	21	0
Urologen	26	28	33	34	1
Innere Medizin, – SP Gastroenterologie			38	40	2
– SP Kardiologie			50	56	6
– SP Nephrologie			77	97	20
– SP Pneumologie			38	42	4
Kinder-/Jugendpsychiatrie/ psychotherapie			98	99	1
Pathologie			5	5	0
Psychiatrie			71	71	0
Psychotherapeutische Me- dizin u. Psychotherapie			290	289	-1
Ärztliche Psychotherapeu- ten			261	258	-3
Psychologische Psycho- therapeuten			307	307	0
Kinder- u. Jugendl.- Psychotherapeuten			343	346	3
Gesamt	31	33	38	42	4
<p>* mittl. Nettokalkulationszeit in Stunden, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus „Ersatzverfahren GKV-SV“ ergänzt bei Fehlen</p> <p>** nach Anwendung des Ersatzverfahrens</p> <p>*** ohne Neurologen/Psychiater</p> <p>****Zur Berechnung wurde das Verhältnis der Zeitsumme je Arzt i.e.S zur Zeitsumme je Arzt i.w.S. übertragen auf die Zeitsummen je Fall (Grund: Die Fallzahlen der Arztgruppen sind bei beiden Zeitsummen identisch).</p> <p>Quelle: Abrechnungsdaten III/2005 und Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008</p>					

3 Differenzierte Ergebnisse nach Fachgruppen

Im Folgenden werden die einzelnen Fachgruppen einer näheren Betrachtung unterzogen. Dabei wird die Streuung der errechneten Quartalszeitsummen für die beiden Berechnungsmodelle (KBV-Modell und GKV-Modell) beschrieben. Außerdem werden jeweils die mittleren Fallzahlen nach einer Quartalseinteilung der Praxen (bezogen auf die Arbeitszeit) dargestellt.

Um zu einer Bewertung/Beurteilung der errechneten Zeitsummen im Hinblick auf Plausibilität zu kommen, wird außerdem noch der Einnahmeanteil aus privatärztlicher Tätigkeit und sonstiger selbständiger ärztlicher Tätigkeit aus der Kostenstrukturanalyse des Statistischen Bundesamtes (erhoben durch Selbstauskunft von Ärzten im Rahmen einer breit angelegten Befragung) herangezogen, soweit er für die jeweilige Arztgruppe vorliegt. Dies geschieht vor dem Hintergrund, dass sich die errechneten Zeitsummen im Rahmen der EBM-Evaluation allein auf die vertragsärztliche Tätigkeit beziehen.

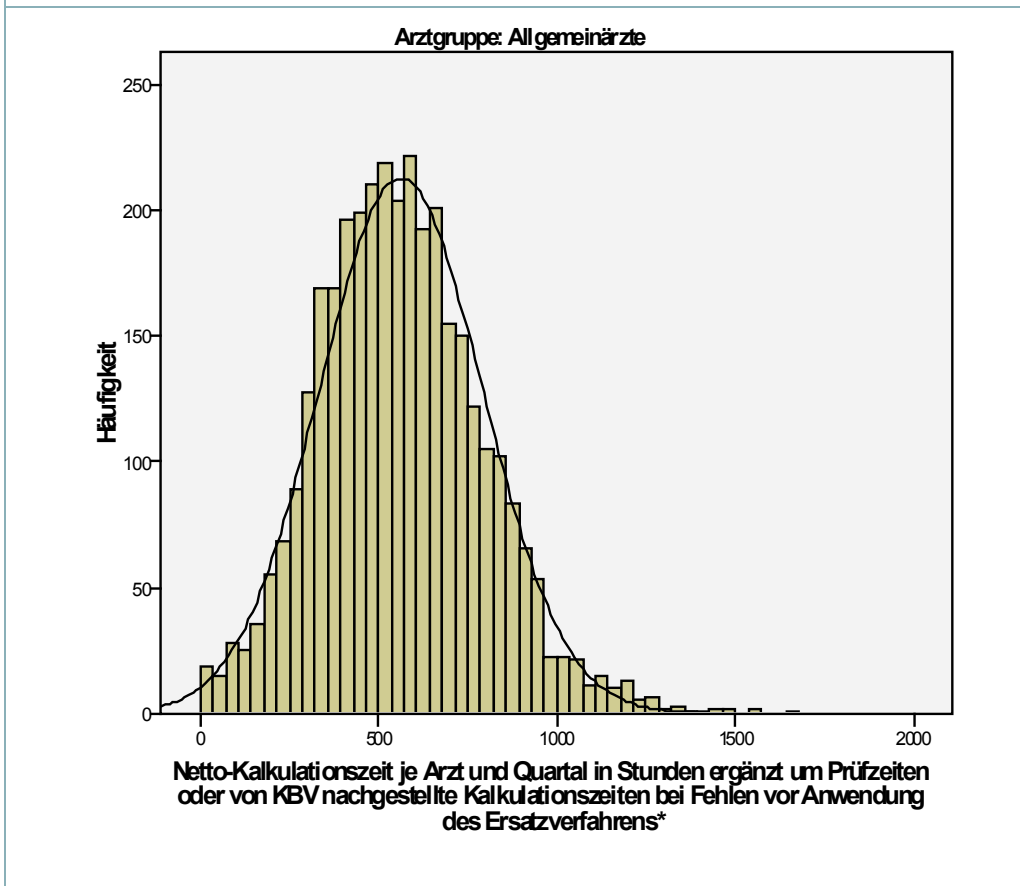
Der Vergleich der errechneten Zeitsummen aus der EBM-Evaluation mit dem Referenzwert von 511 Stunden je Arzt und Quartal erlaubt eine vorsichtige Einschätzung der Plausibilität der zeitlichen Kalkulationsannahmen im EBM bei den einzelnen Arztgruppen. Die Ergebnisse, dies muss vorab nochmals betont werden, geben aber allenfalls Hinweise auf die Plausibilität der Kalkulationszeiten.

3.1 Allgemeinärzte

Für Allgemeinärzte ergibt sich im gewichteten Mittel nach dem KBV-Modell eine errechnete Arztzeit (Summe Zeit/Summe Ärzte) von 581 Stunden im Quartal. Nach dem GKV-Modell fällt der Wert mit 685 Stunden deutlich höher aus. Bei der Evaluation des EBM 2000plus war ein Wert von 525 Stunden je Quartal (i.w.S.) errechnet worden. Bezieht man die errechnete Zeit auf die Zahl der Abrechnungsfälle, so ergeben sich Zeiten von 40 Minuten (KBV-Modell) bzw. 47 Minuten (GKV-Modell) je Fall. Im Rahmen der Evaluation des EBM 2000plus hatte sich hier ein Wert von 37 Minuten (i.w.S.) ergeben.

Bei dem KBV-Modell liegt der Median bei 553 Stunden je Arzt im Quartal. Dabei zeigt sich bei den insgesamt 3.418 Praxen bei der Streuung eine annähernde Normalverteilung.

Abbildung 1: **Allgemeinärzte: Streuung der errechneten Zeitsummen nach KBV-Modell**



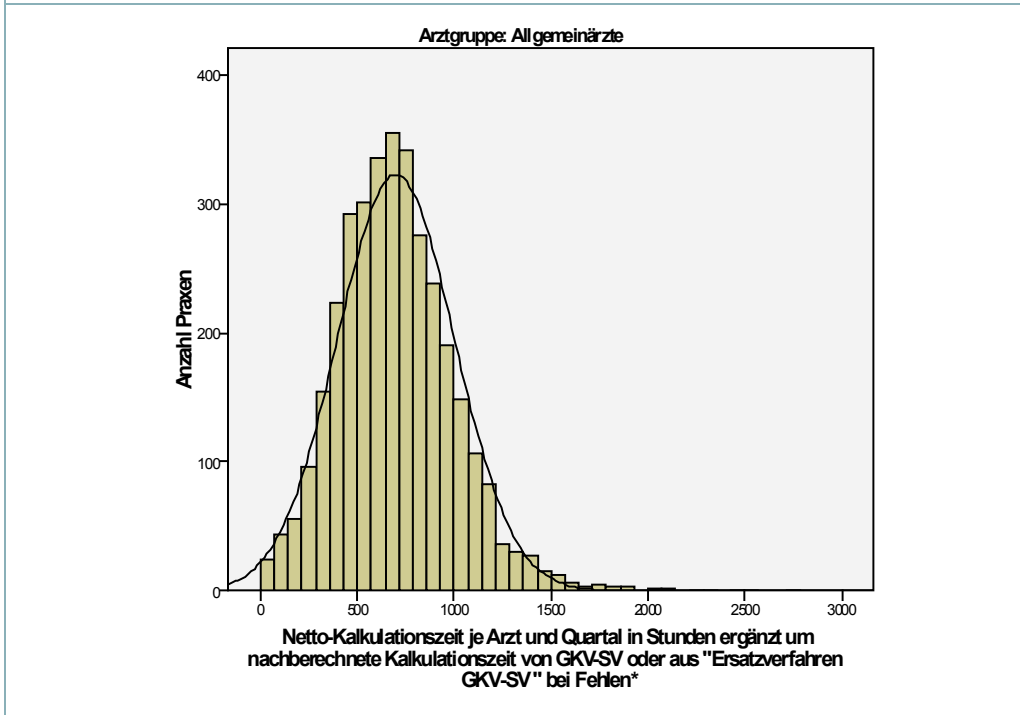
Klammert man jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich bei dem KBV-Modell eine Spannweite zwischen 210 und 941 Stunden je Arzt im Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 402 und 707 Stunden. Das bedeutet, dass ein Viertel der Allgemeinärzte eine errechnete Zeitsumme von mehr als 707 Stunden pro Quartal aufweist. Bei dem KBV-Modell liegen 56,4 % aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal.

Tabelle 9: Streuung errechneter Zeitsummen* je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Allgemeinmediziner						
Allgemeinmediziner	Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden ergänzt um Prüfzeiten und nachgestellte Kalkulationszeit von KBV bei Fehlen					
	5. Perzentil	25. Perzentil	Median	75. Perzentil	95. Perzentil	Praxen insgesamt
Eval. EBM 2000+	169	342	467	616	853	3.896
KBV-Modell**	210	402	553	707	941	3.418
GKV-Modell	256	491	679	877	1.196	3.418

* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus "Ersatzverfahren GKV-SV " ergänzt bei Fehlen.
 ** vor Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Abrechnungsdaten III/2005 und Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Bei dem GKV-Modell ergeben sich für Allgemeinärzte deutlich höhere Werte. Hier liegt der Median bei 679 Stunden, bei annähernder Normalverteilung. Klammert man auch hier jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich eine Spannweite zwischen 256 und 1.196 Stunden je Arzt und Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 491 und 877 Stunden. Ein Viertel der Allgemeinärzte weist nach diesem Berechnungsmodell Quartalszeiten von mehr als 877 Stunden auf. Bei dem GKV-Modell liegen 72,7 % aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal.

Abbildung 2: **Allgemeinärzte: Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-Modell**

Die folgende Tabelle zeigt, dass die Ärzte mit steigenden errechneten Zeiten auch eine höhere Zahl an Abrechnungsfällen aufweisen.

Tabelle 10: **Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme* in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Allgemeinärzte**

	Eval. EBM 2000+		KBV-Modell**		GKV-Modell	
	Nettozeit	Fälle	Nettozeit	Fälle	Nettozeit	Fälle
Quartil	je Arzt und Quartal					
1. Quartil	unter 360	493	unter 402	486	unter 491	487
2. Quartil	360 bis unter 480	766	402 bis unter 553	778	491 bis unter 679	776
3. Quartil	480 bis unter 660	944	553 bis unter 707	993	679 bis unter 877	992
4. Quartil	660 und mehr	1.210	707 und mehr	1.312	877 und mehr	1.309
Gesamt	gesamt	853	gesamt	875	gesamt	875

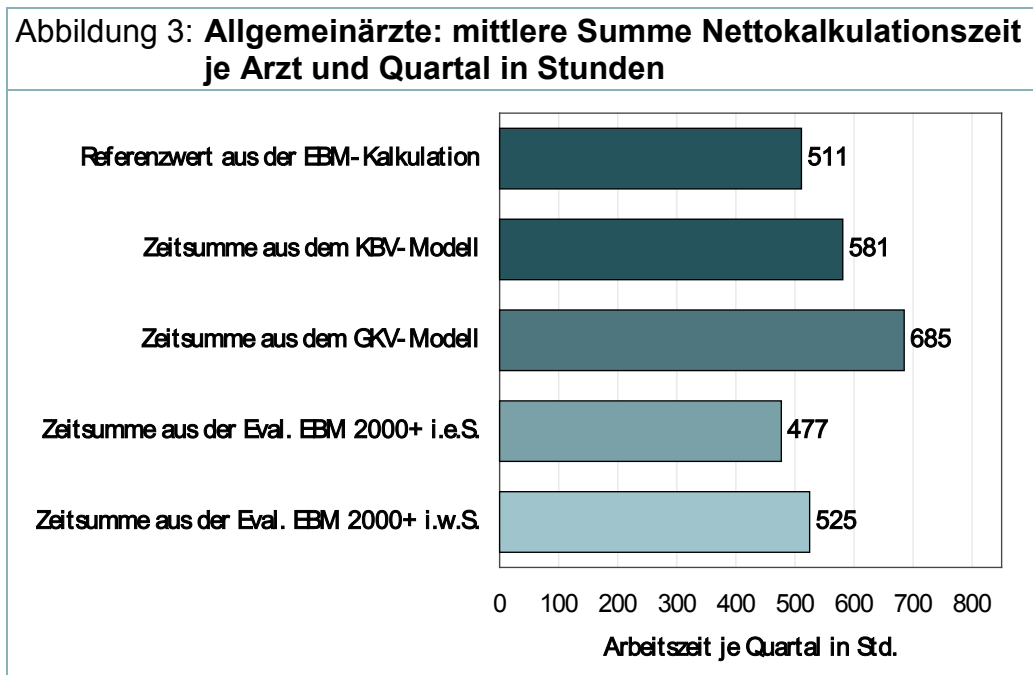
* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen

** nach Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Abrechnungsdaten III/2005 und Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Die errechneten Zeitsummen von durchschnittlich 581 Stunden (KBV-Modell) bzw. 685 Stunden (GKV-Modell) je Arzt und Quartal beziehen sich allein auf die über die KV abgerechneten Gebührenordnungsziffern. Der Anteil der Einnahmen, die nicht über die KV vereinnahmt werden, beträgt – dies ist Ergebnis der Kostenstrukturanalyse des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2007 – bei Allgemeinärzten 18,3 % (West: 19,9 %; Ost: 8,9 %).

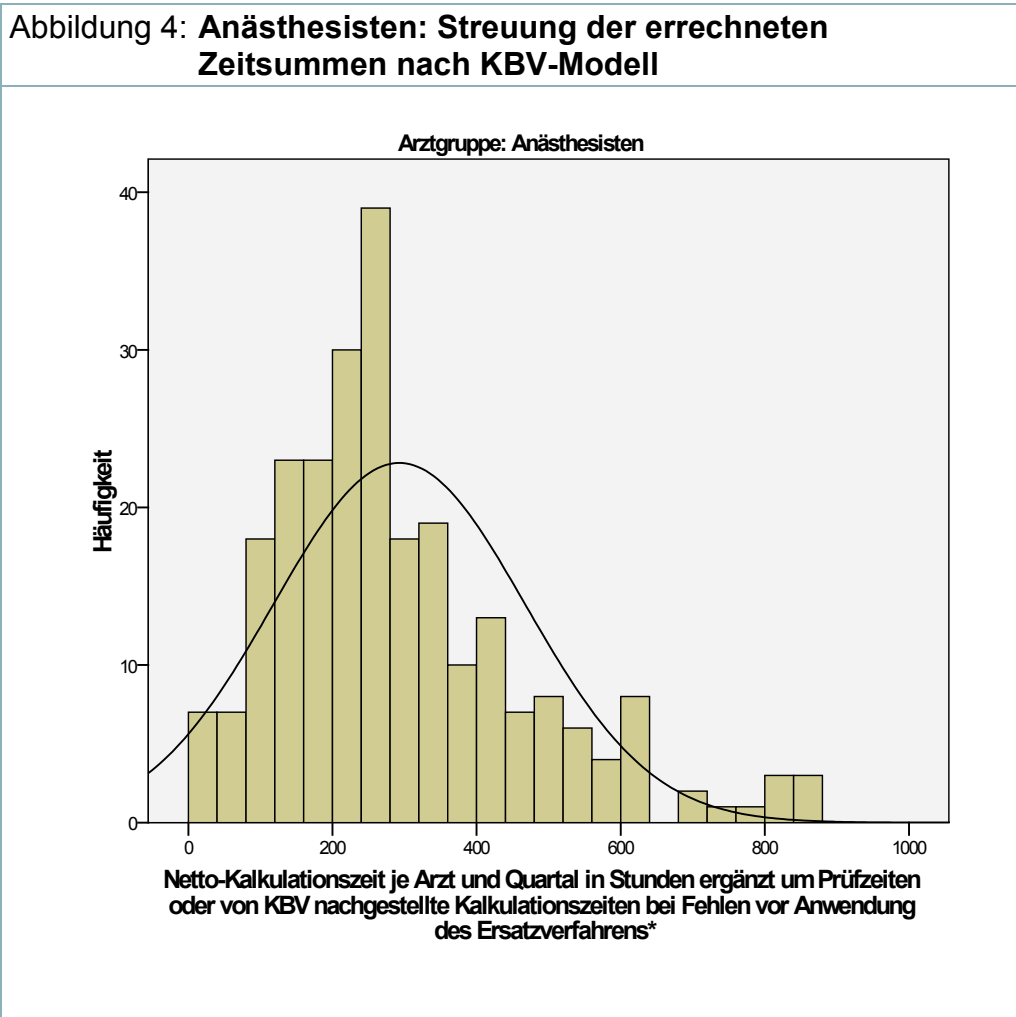
Insgesamt deuten die Ergebnisse, die ja allenfalls Hinweise auf Plausibilität der Kalkulationsannahmen geben können, darauf hin, dass die Kalkulationszeiten im EBM bei Allgemeinärzten ggf. zu hoch angesetzt wurden. Die Werte für die Quartalszeiten liegen beim KBV-Modell und sehr viel deutlicher beim GKV-Modell über dem Referenzwert von 511 Stunden je Arzt und Quartal.



3.2 Anästhesisten

Für Anästhesisten ergibt sich im gewichteten Mittel nach dem KBV-Modell eine errechnete Arztzeit (Summe Zeit/Summe Ärzte) von 316 Stunden im Quartal. Nach dem GKV-Modell fällt der Wert mit 331 Stunden etwas höher aus. Bei der Evaluation des EBM 2000plus war ein Wert von 311 Stunden je Quartal (i.w.S.) errechnet worden. Bezieht man die errechnete Zeit auf die Zahl der Abrechnungsfälle, so ergeben sich Zeiten von 80 Minuten (KBV-Modell) bzw. 84 Minuten (GKV-Modell) je Fall. Im Rahmen der Evaluation des EBM 2000plus hatte sich hier ein Wert von 80 Minuten (i.w.S.) ergeben.

Bei dem KBV-Modell liegt der Median bei 262 Stunden je Arzt im Quartal. Dabei zeigt sich bei den insgesamt 250 Praxen bei der Streuung eine linkssteile Verteilung.



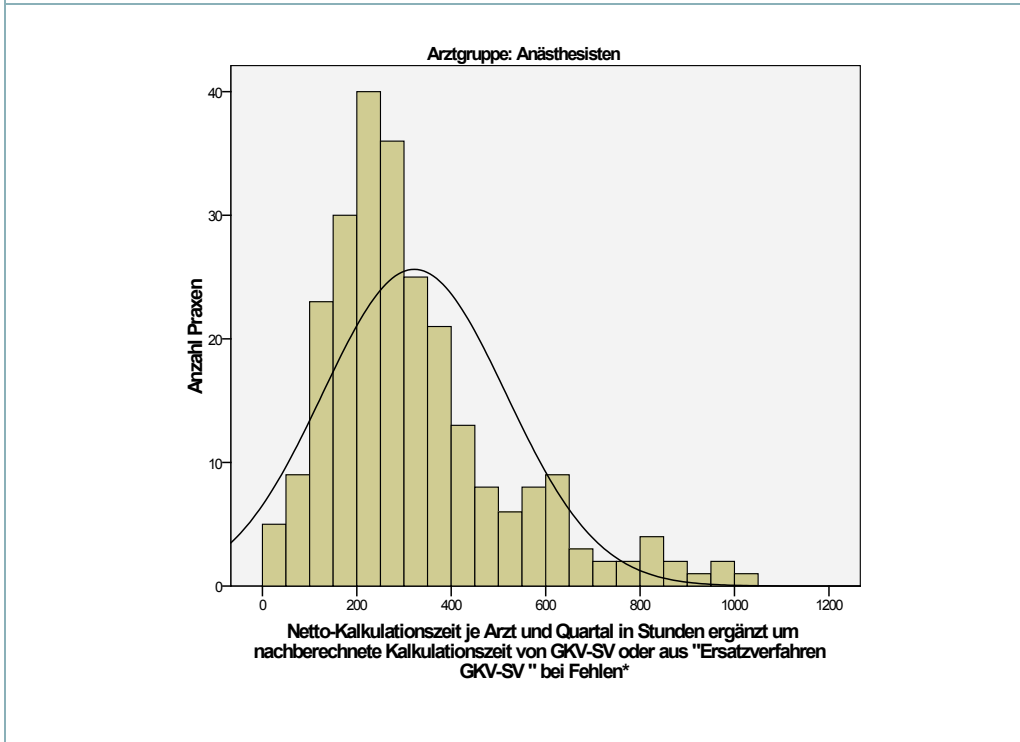
Klammert man jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich bei dem KBV-Modell eine Spannweite zwischen 73 und 629 Stunden je Arzt im Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 173 und 368 Stunden. Das bedeutet, dass ein Viertel der Anästhesisten eine errechnete Zeitsumme von mehr als 368 Stunden pro Quartal aufweist. Bei dem KBV-Modell liegen 11,2 % aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal.

Tabelle 11: Streuung errechneter Zeitsummen* je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Anästhesisten						
Anästhesisten	Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden ergänzt um Prüfzeiten und nachgestellte Kalkulationszeit von KBV bei Fehlen					
	5. Perzentil	25. Perzentil	Median	75. Perzentil	95. Perzentil	Praxen insgesamt
Eval. EBM 2000+	27	167	231	331	590	266
KBV-Modell**	73	173	262	368	629	250
GKV-Modell	96	189	274	398	765	250

* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus "Ersatzverfahren GKV-SV " ergänzt bei Fehlen.
 ** vor Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Abrechnungsdaten III/2005 und Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Bei dem GKV-Modell ergeben sich für Anästhesisten höhere Werte. Hier liegt der Median bei 274 Stunden, bei linkssteiler Verteilung. Klammert man auch hier jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich eine Spannweite zwischen 96 und 765 Stunden je Arzt und Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 189 und 398 Stunden. Ein Viertel der Anästhesisten weist nach diesem Berechnungsmodell Quartalszeiten von mehr als 398 Stunden auf. Bei dem GKV-Modell liegen 15,6 % aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal.

Abbildung 5: **Anästhesisten: Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-Modell**

Die folgende Tabelle zeigt, dass die Ärzte mit steigenden errechneten Zeiten auch eine höhere Zahl an Abrechnungsfällen aufweisen.

Tabelle 12: **Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme* in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Anästhesisten**

Quartil	Eval. EBM 2000+		KBV-Modell**		GKV-Modell	
	Nettozeit	Fälle	Nettozeit	Fälle	Nettozeit	Fälle
	je Arzt und Quartal					
1. Quartil	unter 180	109	unter 173	119	unter 189	107
2. Quartil	180 bis unter 240	176	173 bis unter 262	171	189 bis unter 274	179
3. Quartil	240 bis unter 300	228	262 bis unter 368	231	274 bis unter 398	239
4. Quartil	300 und mehr	365	368 und mehr	383	398 und mehr	380
Gesamt	gesamt	219	gesamt	236	gesamt	236

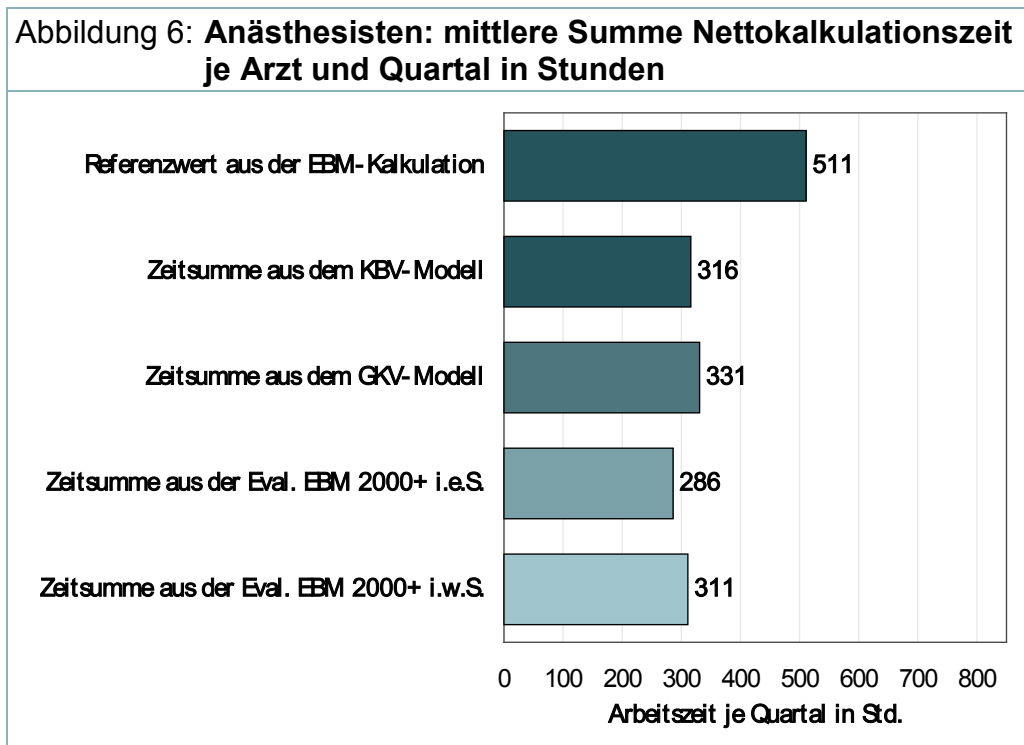
* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen

** nach Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Abrechnungsdaten III/2005 und Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Die errechneten Zeitsummen von durchschnittlich 316 Stunden (KBV-Modell) bzw. 331 Stunden (GKV-Modell) je Arzt und Quartal beziehen sich allein auf die über die KV abgerechneten Gebührenordnungsziffern. Über den Anteil der Einnahmen, die nicht über die KV vereinnahmt werden, liegen aus der Kostenstrukturanalyse des Statistischen Bundesamtes keine Angaben vor.

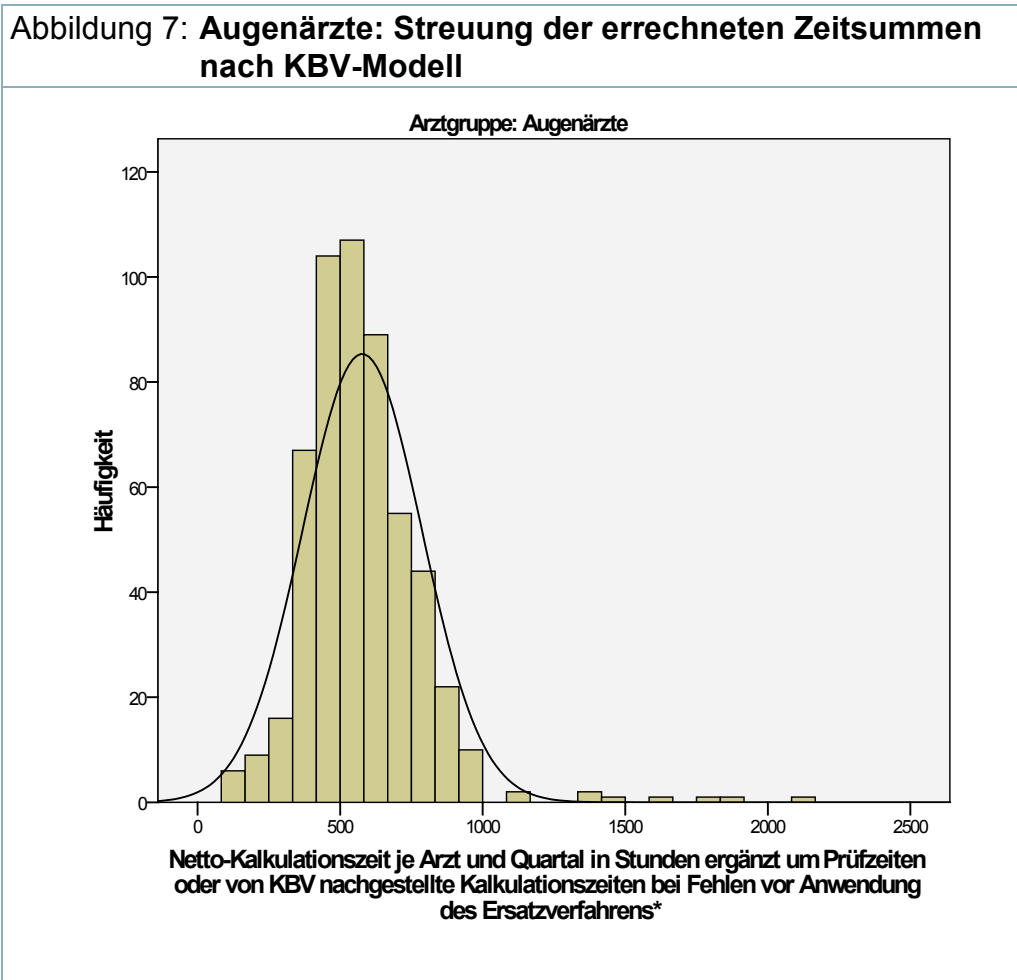
Insgesamt fällt es schwer, für die Arztgruppe der Anästhesisten eine Aussage hinsichtlich der Plausibilität der Kalkulationsannahmen zu treffen, auch wenn die Werte für die Quartalszeiten sowohl beim KBV-Modell als auch beim GKV-Modell deutlich unter dem Referenzwert von 511 Stunden je Arzt und Quartal liegen.



3.3 Augenärzte

Für Augenärzte ergibt sich im gewichteten Mittel nach dem KBV-Modell eine errechnete Arztzeit (Summe Zeit/Summe Ärzte) von 566 Stunden im Quartal. Nach dem GKV-Modell fällt der Wert mit 591 Stunden höher aus. Bei der Evaluation des EBM 2000plus war ein Wert von 475 Stunden je Quartal (i.w.S.) errechnet worden. Bezieht man die errechnete Zeit auf die Zahl der Abrechnungsfälle, so ergeben sich Zeiten von 25 Minuten (KBV-Modell) bzw. 26 Minuten (GKV-Modell) je Fall. Im Rahmen der Evaluation des EBM 2000plus hatte sich hier ein Wert von 21 Minuten ergeben.

Bei dem KBV-Modell liegt der Median bei 546 Stunden je Arzt im Quartal. Dabei zeigt sich bei den insgesamt 538 Praxen bei der Streuung eine an nähernde (leicht linkssteile) Normalverteilung.



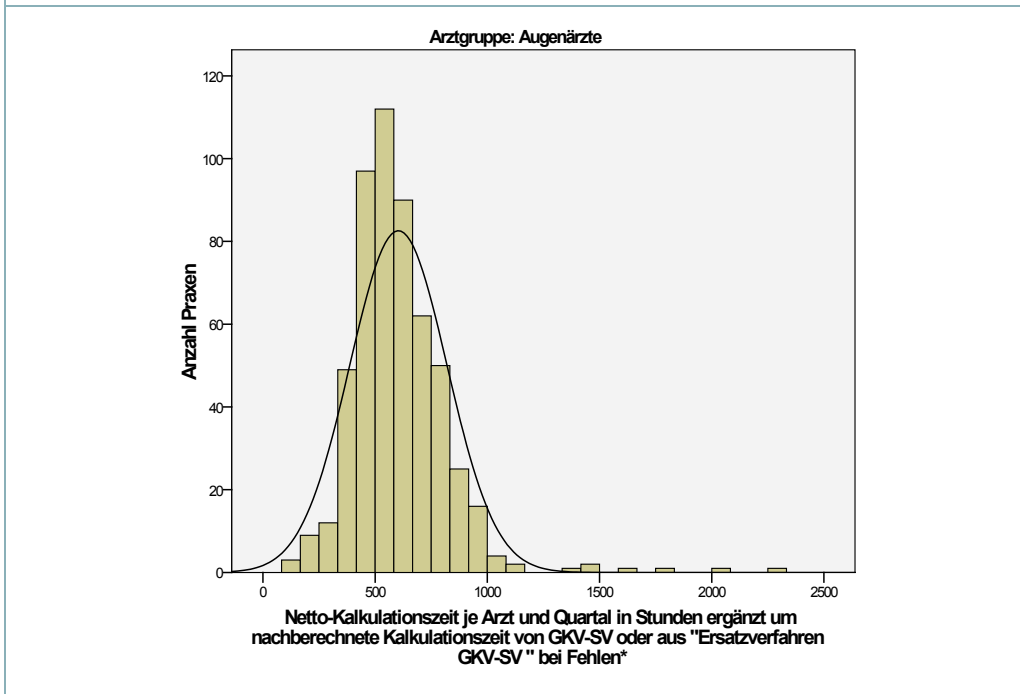
Klammert man jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich bei dem KBV-Modell eine Spannweite zwischen 323 und 885 Stunden je Arzt im Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 457 und 674 Stunden. Das bedeutet, dass ein Viertel der Augenärzte eine errechnete Zeitsumme von mehr als 674 Stunden pro Quartal aufweist. Bei dem KBV-Modell liegen 59,3 % aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal.

Tabelle 13: Streuung errechneter Zeitsummen* je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Augenärzte						
Augenärzte	Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden ergänzt um Prüfzeiten und nachgestellte Kalkulationszeit von KBV bei Fehlen					
	5. Perzentil	25. Perzentil	Median	75. Perzentil	95. Perzentil	Praxen insgesamt
Eval. EBM 2000+	209	380	482	585	767	563
KBV-Modell**	323	457	546	674	885	538
GKV-Modell	338	478	573	704	921	538

* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus „Ersatzverfahren GKV-SV“ ergänzt bei Fehlen.
 ** vor Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Abrechnungsdaten III/2005 u. Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg u. Nordrhein III/2008

Bei dem GKV-Modell ergeben sich für Augenärzte höhere Werte. Hier liegt der Median bei 573 Stunden, bei annähernder (leicht linkssteiler) Normalverteilung. Klammert man auch hier jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich eine Spannweite zwischen 338 und 921 Stunden je Arzt und Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 478 und 704 Stunden. Ein Viertel der Augenärzte weist nach diesem Berechnungsmodell Quartalszeiten von mehr als 704 Stunden auf. Bei dem GKV-Modell liegen 65,2 % aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal.

Abbildung 8: **Augenärzte: Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-Modell**

Die folgende Tabelle zeigt, dass die Ärzte mit steigenden errechneten Zeiten auch eine höhere Zahl an Abrechnungsfällen aufweisen.

Tabelle 14: **Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme* in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Augenärzte**

Quartil	Eval. EBM 2000+		KBV-Modell**		GKV-Modell	
	Nettozeit	Fälle	Nettozeit	Fälle	Nettozeit	Fälle
	je Arzt und Quartal					
1. Quartil	unter 360	907	unter 457	892	unter 478	906
2. Quartil	360 bis unter 480	1.246	457 bis unter 546	1.239	478 bis unter 573	1.209
3. Quartil	480 bis unter 600	1.511	546 bis unter 674	1.465	573 bis unter 704	1.473
4. Quartil	600 und mehr	1.874	674 und mehr	1.973	704 und mehr	1.933
Gesamt	gesamt	1.384	gesamt	1.354	gesamt	1.354

* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen.

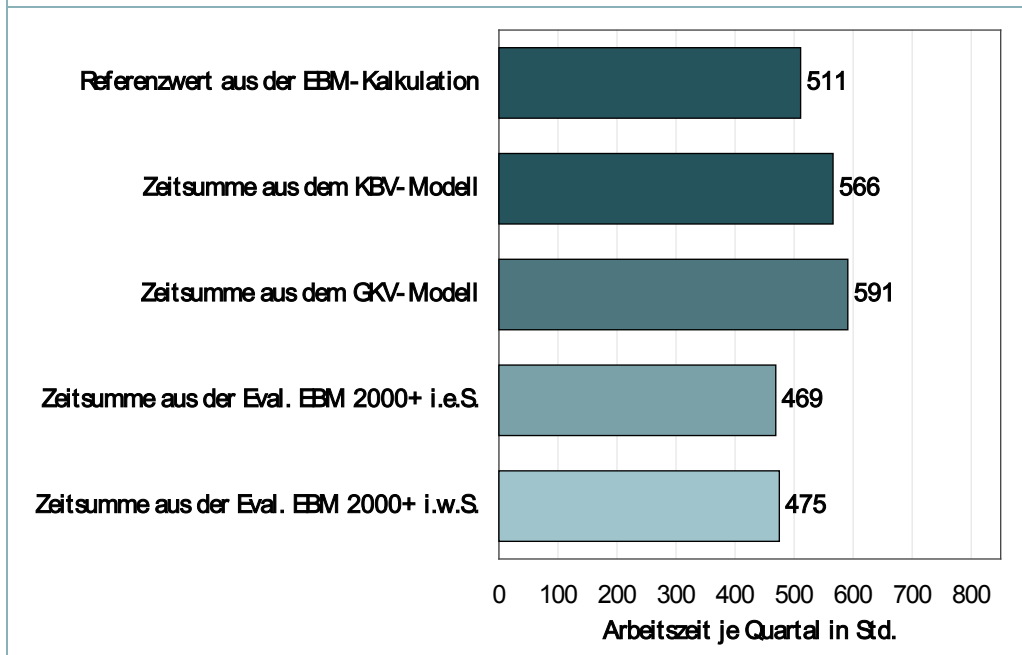
** nach Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Abrechnungsdaten III/2005 und Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Die errechneten Zeitsummen von durchschnittlich 566 Stunden (KBV-Modell) bzw. 591 Stunden (GKV-Modell) je Arzt und Quartal beziehen sich allein auf die über die KV abgerechneten Gebührenordnungsziffern. Der Anteil der Einnahmen, die nicht über die KV vereinnahmt werden, beträgt – dies ist Ergebnis der Kostenstrukturanalyse des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2007 - bei Augenärzten 37,3 % (West: 39 %; Ost: 23,8 %).

Insgesamt deuten die Ergebnisse, die ja allenfalls Hinweise auf Plausibilität der Kalkulationsannahmen geben können, darauf hin, dass die Kalkulationszeiten im EBM bei Augenärzten ggf. zu hoch angesetzt wurden. Die Werte für die Quartalszeiten liegen beim KBV-Modell und deutlicher beim GKV-Modell über dem Referenzwert von 511 Stunden je Arzt und Quartal.

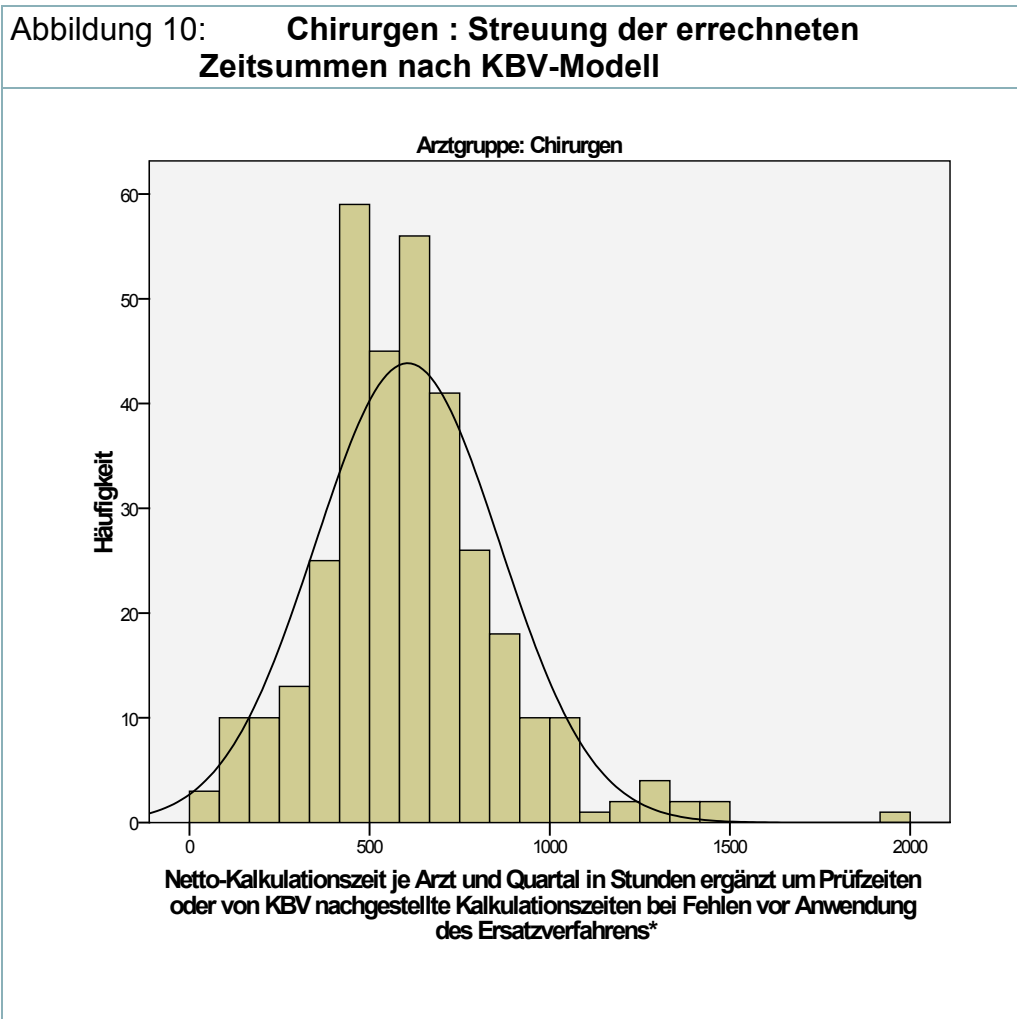
Abbildung 9: **Augenärzte: mittlere Summe Nettokalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden**



3.4 Chirurgen

Für Chirurgen ergibt sich im gewichteten Mittel nach dem KBV-Modell eine errechnete Arztzeit (Summe Zeit/Summe Ärzte) von 601 Stunden im Quartal. Nach dem GKV-Modell fällt der Wert mit 605 Stunden nur unwesentlich höher aus. Bei der Evaluation des EBM 2000plus war ein Wert von 485 Stunden je Quartal (i.w.S.) errechnet worden. Bezieht man die errechnete Zeit auf die Zahl der Abrechnungsfälle, so ergibt sich eine Zeit von 44 Minuten je Fall (sowohl im KBV-Modell als auch im GKV-Modell). Im Rahmen der Evaluation des EBM 2000plus hatte sich hier ein Wert von 35 Minuten (i.w.S.) ergeben.

Bei dem KBV-Modell liegt der Median bei 591 Stunden je Arzt im Quartal. Dabei zeigt sich bei den insgesamt 338 Praxen bei der Streuung eine annähernde Normalverteilung.



Klammert man jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich bei dem KBV-Modell eine Spannweite zwischen 187 und 1.040 Stunden je Arzt im Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 450 und 732 Stunden. Das bedeutet, dass ein Viertel der Chirurgen eine errechnete Zeitsumme von mehr als 732 Stunden pro Quartal aufweist. Bei dem KBV-Modell liegen 63 % aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal.

Tabelle 15: Streuung errechneter Zeitsummen* je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Chirurgen						
Chirurgen (ohne Schwerpunkt)	Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden ergänzt um Prüfzeiten und nachgestellte Kalkulationszeit von KBV bei Fehlen					
	5. Perzentil	25. Perzentil	Median	75. Perzentil	95. Perzentil	Praxen insgesamt
Eval. EBM 2000+	208	358	470	586	795	253
KBV-Modell**	187	450	591	732	1.040	338
GKV-Modell	194	467	601	748	1.063	338

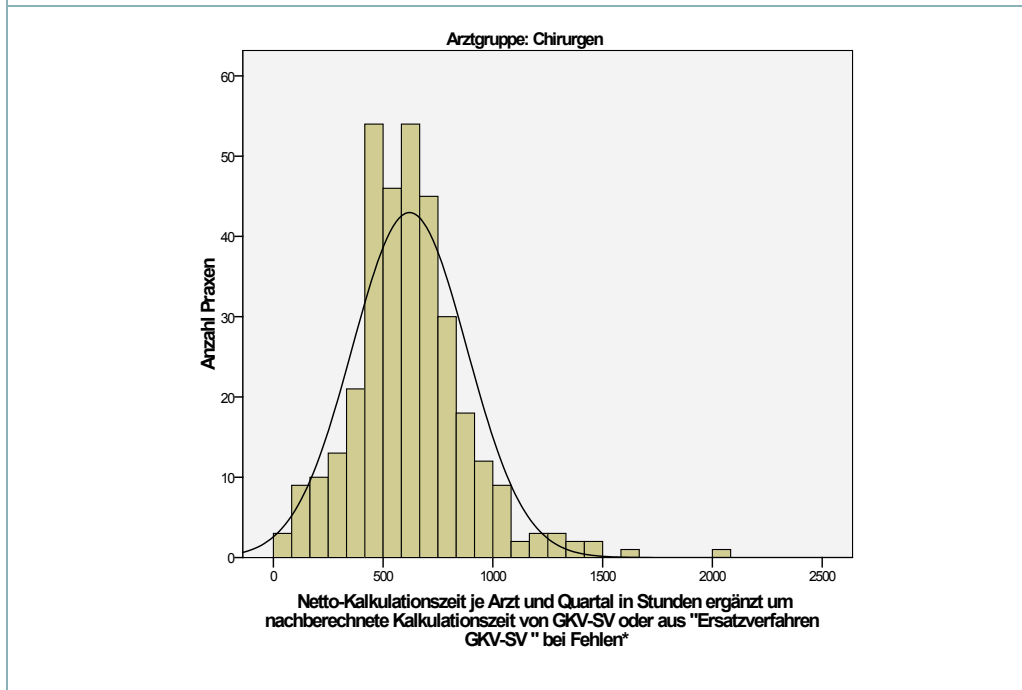
* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus "Ersatzverfahren GKV-SV" ergänzt bei Fehlen.

** vor Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Abrechnungsdaten III/2005 und Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Bei dem GKV-Modell ergeben sich für Chirurgen leicht höhere Werte. Hier liegt der Median bei 601 Stunden, bei annähernder Normalverteilung. Klammert man auch hier jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich eine Spannweite zwischen 194 und 1.063 Stunden je Arzt und Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 467 und 748 Stunden. Ein Viertel der Chirurgen weist nach diesem Berechnungsmodell Quartalszeiten von mehr als 748 Stunden auf. Bei dem GKV-Modell liegen 65,7 % aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal.

Abbildung 11: **Chirurgen: Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-Modell**



Die folgende Tabelle zeigt, dass die Ärzte mit steigenden errechneten Zeiten auch eine höhere Zahl an Abrechnungsfällen aufweisen.

Tabelle 16: **Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme* in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Chirurgen**

Quartil	Eval. EBM 2000+		KBV-Modell**		GKV-Modell	
	Nettozeit	Fälle	Nettozeit	Fälle	Nettozeit	Fälle
	je Arzt und Quartal					
1. Quartil	unter 360	530	unter 450	488	unter 467	476
2. Quartil	360 bis unter 480	752	450 bis unter 591	727	467 bis unter 601	740
3. Quartil	480 bis unter 600	904	591 bis unter 732	936	601 bis unter 748	928
4. Quartil	600 und mehr	1.194	732 und mehr	1.238	748 und mehr	1.243
Gesamt	gesamt	844	gesamt	828	gesamt	828

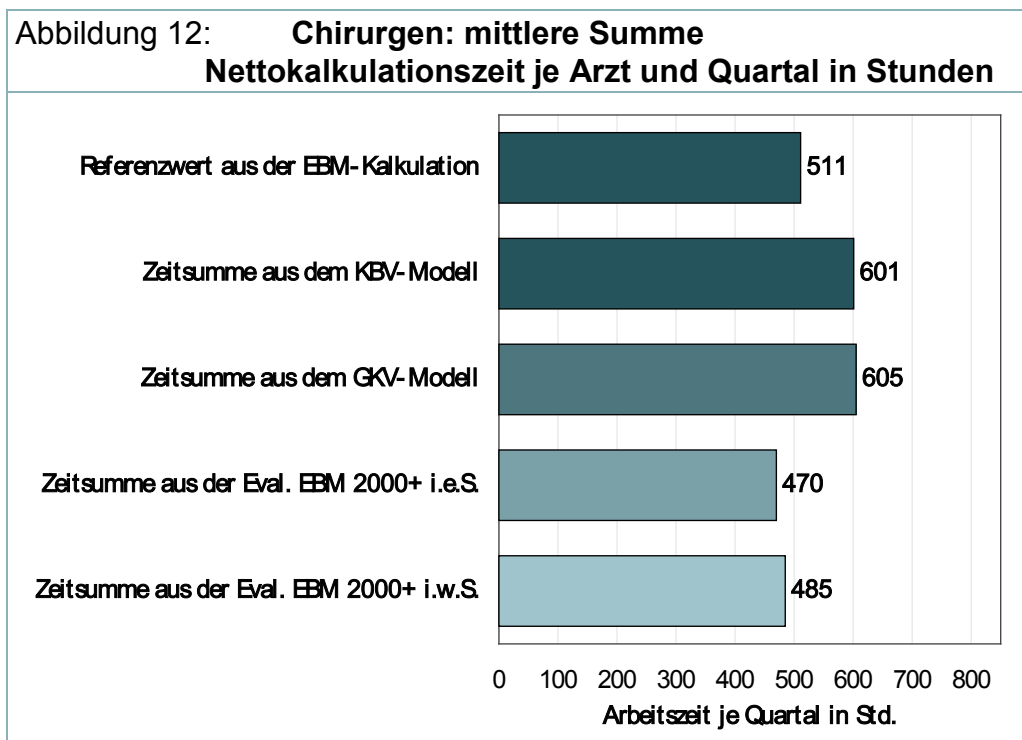
* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen

** nach Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Abrechnungsdaten III/2005 und Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Die errechneten Zeitsummen von durchschnittlich 601 Stunden (KBV-Modell) bzw. 605 Stunden (GKV-Modell) je Arzt und Quartal beziehen sich allein auf die über die KV abgerechneten Gebührenordnungsziffern. Der Anteil der Einnahmen, die nicht über die KV vereinnahmt werden, beträgt – dies ist Ergebnis der Kostenstrukturanalyse des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2007 - bei Chirurgen 38,4 % (West: 40,4 %; Ost: 26,3 %).

Insgesamt deuten die Ergebnisse, die ja allenfalls Hinweise auf Plausibilität der Kalkulationsannahmen geben können, darauf hin, dass die Kalkulationszeiten im EBM bei Chirurgen ggf. zu hoch angesetzt wurden. Die Werte für die Quartalszeiten liegen sowohl beim KBV-Modell wie auch beim GKV-Modell deutlich über dem Referenzwert von 511 Stunden je Arzt und Quartal.

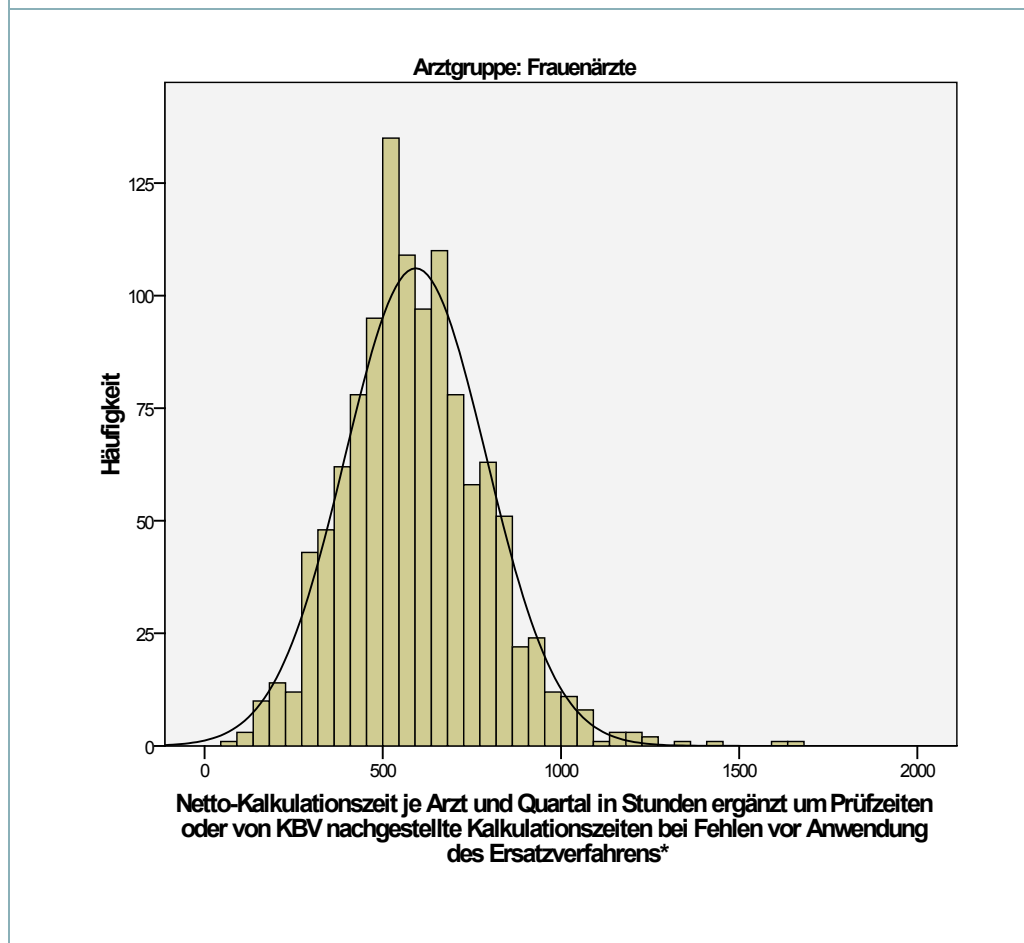


3.5 Frauenärzte

Für Frauenärzte ergibt sich im gewichteten Mittel nach dem KBV-Modell eine errechnete Arztzeit (Summe Zeit/Summe Ärzte) von 595 Stunden im Quartal. Nach dem GKV-Modell fällt der Wert mit 603 Stunden leicht höher aus. Bei der Evaluation des EBM 2000plus war ein Wert von 565 Stunden je Quartal (i.w.S.) errechnet worden. Bezieht man die errechnete Zeit auf die Zahl der Abrechnungsfälle, so ergibt sich eine Zeit von 31 Minuten (sowohl im KBV-Modell wie auch im GKV-Modell) je Fall. Im Rahmen der Evaluation des EBM 2000plus hatte sich hier ein Wert von 29 Minuten ergeben.

Bei dem KBV-Modell liegt der Median bei 577 Stunden je Arzt im Quartal. Dabei zeigt sich bei den insgesamt 1.157 Praxen bei der Streuung eine annähernde (leicht linkssteile) Normalverteilung.

Abbildung 13: **Frauenärzte: Streuung der errechneten Zeitsummen nach KBV-Modell**



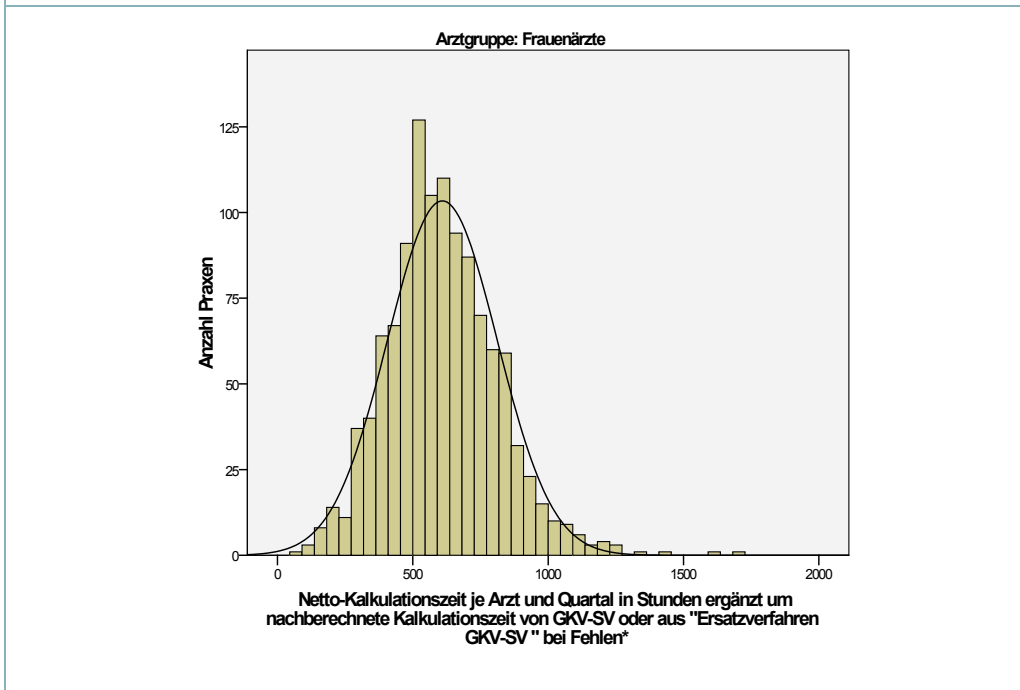
Klammert man jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich bei dem KBV-Modell eine Spannweite zwischen 295 und 927 Stunden je Arzt im Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 464 und 713 Stunden. Das bedeutet, dass ein Viertel der Frauenärzte eine errechnete Zeitsumme von mehr als 713 Stunden pro Quartal aufweist. Bei dem KBV-Modell liegen 64,7 % aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal.

Tabelle 17: Streuung errechneter Zeitsummen* je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Frauenärzte						
Frauenärzte	Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden ergänzt um Prüfzeiten und nachgestellte Kalkulationszeit von KBV bei Fehlen					
	5. Perzentil	25. Perzentil	Median	75. Perzentil	95. Perzentil	Praxen insgesamt
Eval. EBM 2000+	261	424	544	678	869	1.241
KBV-Modell**	295	464	577	713	927	1.157
GKV-Modell	301	478	596	732	951	1.157

* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus „Ersatzverfahren GKV-SV“ ergänzt bei Fehlen.
 ** vor Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Abrechnungsdaten III/2005 und Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Bei dem GKV-Modell ergeben sich für Frauenärzte höhere Werte. Hier liegt der Median bei 596 Stunden, bei annähernder (leicht linkssteiler) Normalverteilung. Klammert man auch hier jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich eine Spannweite zwischen 301 und 951 Stunden je Arzt und Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 478 und 732 Stunden. Ein Viertel der Frauenärzte weist nach diesem Berechnungsmodell Quartalszeiten von mehr als 732 Stunden auf. Bei dem GKV-Modell liegen 68,6 % aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal.

Abbildung 14: **Frauenärzte: Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-Modell**

Die folgende Tabelle zeigt, dass die Ärzte mit steigenden errechneten Zeiten auch eine höhere Zahl an Abrechnungsfällen aufweisen.

Tabelle 18: **Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme* in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Frauenärzte**

Quartil	Eval. EBM 2000+		KBV-Modell**		GKV-Modell	
	Nettozeit	Fälle je Arzt	Nettozeit	Fälle je Arzt	Nettozeit	Fälle je Arzt
	je Arzt und Quartal					
1. Quartil	unter 420	799	unter 464	878	unter 478	796
2. Quartil	420 bis unter 540	964	464 bis unter 577	958	478 bis unter 596	1.036
3. Quartil	540 bis unter 660	1.251	577 bis unter 713	1.386	596 bis unter 732	1.389
4. Quartil	660 und mehr	1.540	713 und mehr	1.462	732 und mehr	1.462
Gesamt	gesamt	1.138	gesamt	1.164	gesamt	1.164

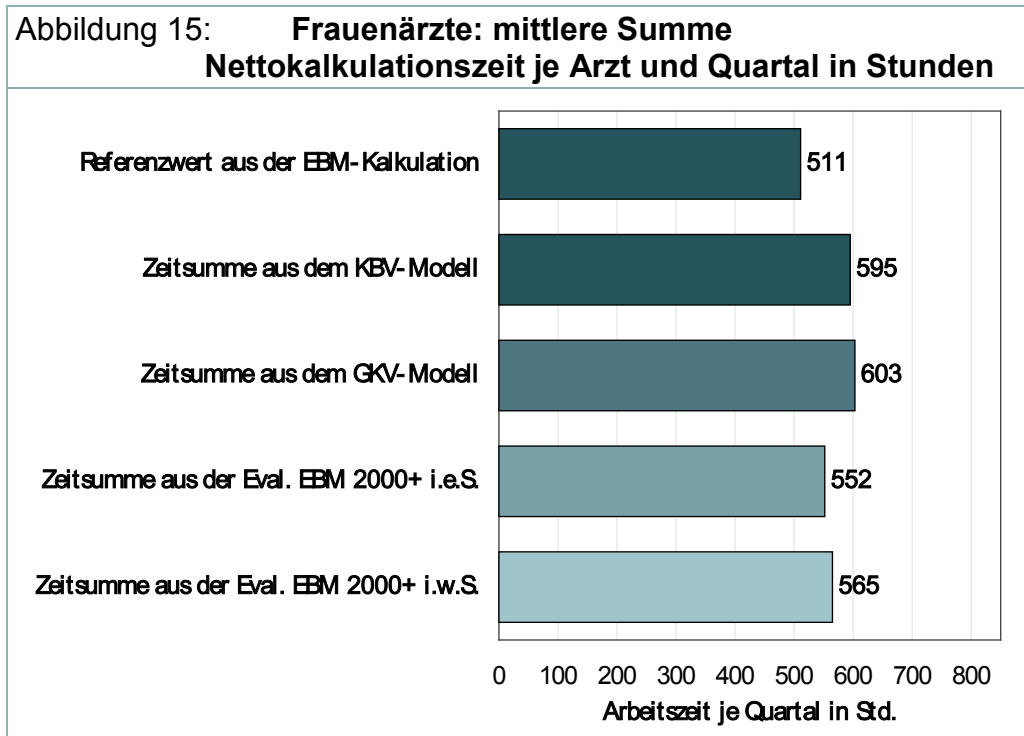
* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen

** nach Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Abrechnungsdaten III/2005 und Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Die errechneten Zeitsummen von durchschnittlich 595 Stunden (KBV-Modell) bzw. 603 Stunden (GKV-Modell) je Arzt und Quartal beziehen sich allein auf die über die KV abgerechneten Gebührenordnungsziffern. Der Anteil der Einnahmen, die nicht über die KV vereinnahmt werden, beträgt – dies ist Ergebnis der Kostenstrukturanalyse des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2007 - bei Frauenärzten 33,6 % (West: 35 %; Ost: 24,7 %).

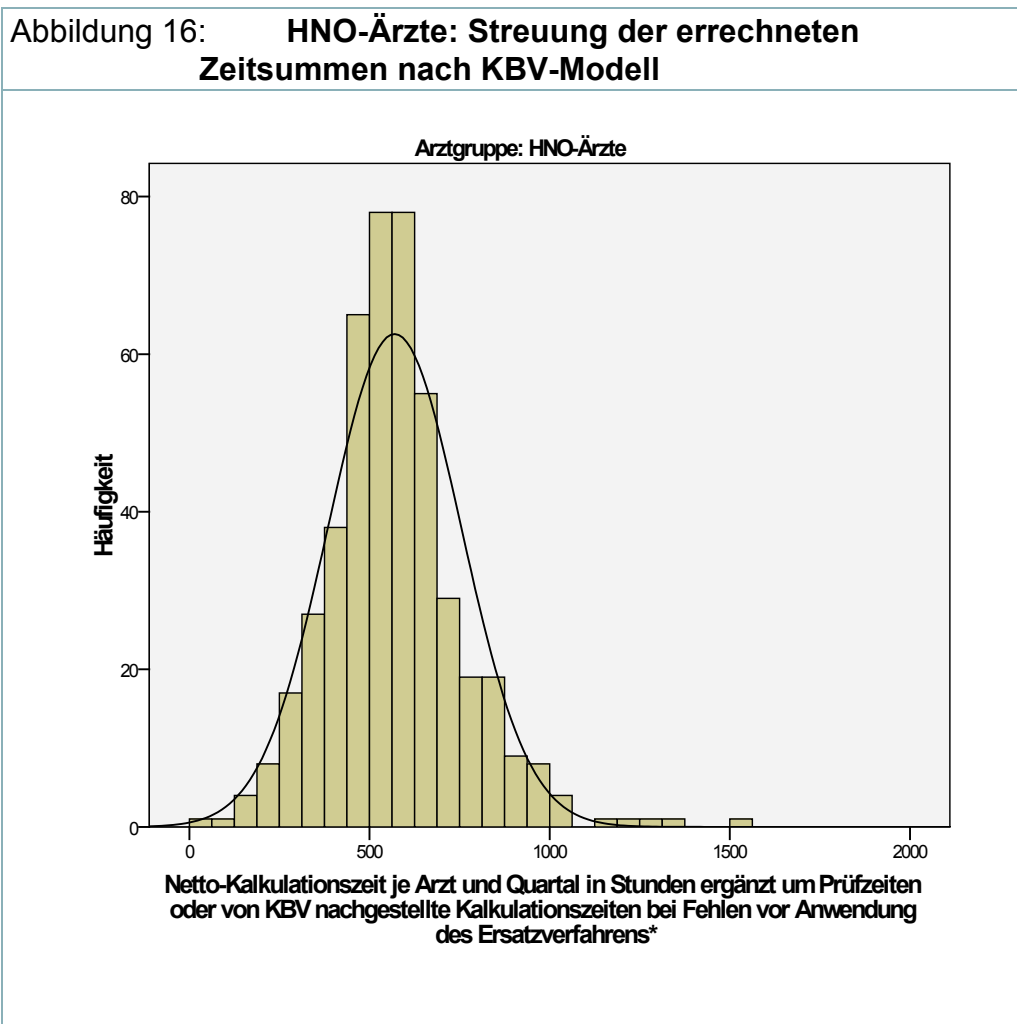
Insgesamt deuten die Ergebnisse, die ja allenfalls Hinweise auf Plausibilität der Kalkulationsannahmen geben können, darauf hin, dass die Kalkulationszeiten im EBM bei Frauenärzten ggf. zu hoch angesetzt wurden. Die Werte für die Quartalszeiten liegen sowohl beim KBV-Modell als auch beim GKV-Modell über dem Referenzwert von 511 Stunden je Arzt und Quartal.



3.6 HNO-Ärzte

Für HNO-Ärzte ergibt sich im gewichteten Mittel nach dem KBV-Modell eine errechnete Arztzeit (Summe Zeit/Summe Ärzte) von 576 Stunden im Quartal. Nach dem GKV-Modell fällt der Wert mit 581 Stunden leicht höher aus. Bei der Evaluation des EBM 2000plus war ein Wert von 506 Stunden je Quartal (i.w.S.) errechnet worden. Bezieht man die errechnete Zeit auf die Zahl der Abrechnungsfälle, so ergeben sich Zeiten von jeweils 32 Minuten je Fall im KBV-Modell und GKV-Modell. Im Rahmen der Evaluation des EBM 2000plus hatte sich hier ein Wert von 29 Minuten (i.w.S.) ergeben.

Bei dem KBV-Modell liegt der Median bei 559 Stunden je Arzt im Quartal. Dabei zeigt sich bei den insgesamt 465 Praxen bei der Streuung eine Normalverteilung.



Klammert man jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich bei dem KBV-Modell eine Spannweite zwischen 270 und 886 Stunden je Arzt im Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 467 und 664 Stunden. Das bedeutet, dass ein Viertel der HNO-Ärzte eine errechnete Zeitsumme von mehr als 664 Stunden pro Quartal aufweist. Bei dem KBV-Modell liegen 62,6 % aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal.

Tabelle 19: Streuung errechneter Zeitsummen* je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: HNO-Ärzte						
HNO-Ärzte	Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden ergänzt um Prüfzeiten und nachgestellte Kalkulationszeit von KBV bei Fehlen					
	5. Perzentil	25. Perzentil	Median	75. Perzentil	95. Perzentil	Praxen insgesamt
Eval. EBM 2000+	230	397	488	604	807	503
KBV-Modell**	270	467	559	664	886	465
GKV-Modell	283	472	576	680	909	465

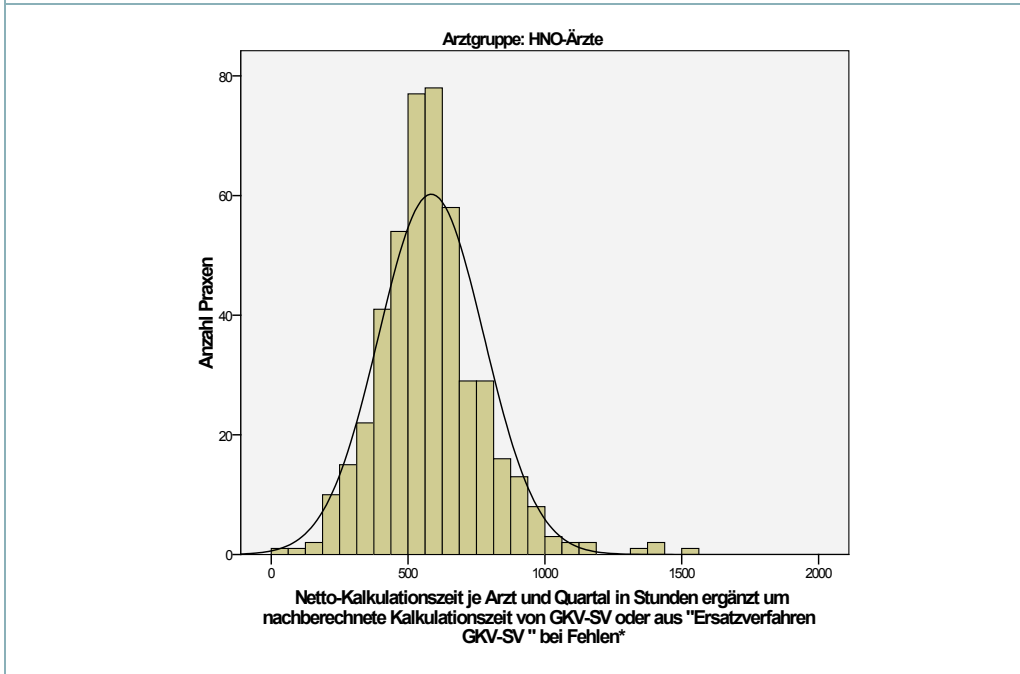
* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus „Ersatzverfahren GKV-SV“ ergänzt bei Fehlen.

** vor Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Abrechnungsdaten III/2005 und Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Bei dem GKV-Modell ergeben sich für HNO-Ärzte höhere Werte. Hier liegt der Median bei 576 Stunden, bei Normalverteilung. Klammert man auch hier jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich eine Spannweite zwischen 283 und 909 Stunden je Arzt und Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 472 und 680 Stunden. Ein Viertel der HNO-Ärzte weist nach diesem Berechnungsmodell Quartalszeiten von mehr als 680 Stunden auf. Bei dem GKV-Modell liegen 65,6 % aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal.

Abbildung 17: **HNO-Ärzte: Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-Modell**



Die folgende Tabelle zeigt, dass die Ärzte mit steigenden errechneten Zeiten auch eine höhere Zahl an Abrechnungsfällen aufweisen.

Tabelle 20: **Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme* in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: HNO-Ärzte**

Quartil	Eval. EBM 2000+		KBV-Modell**		GKV-Modell	
	Nettozeit	Fälle	Nettozeit	Fälle	Nettozeit	Fälle
	je Arzt und Quartal					
1. Quartil	unter 420	683	unter 467	686	unter 472	685
2. Quartil	420 bis unter 480	965	467 bis unter 559	996	472 bis unter 576	1.000
3. Quartil	480 bis unter 600	1.129	559 bis unter 664	1.146	576 bis unter 680	1.147
4. Quartil	600 und mehr	1.506	664 und mehr	1.503	680 und mehr	1.499
Gesamt	gesamt	1.070	gesamt	1.078	gesamt	1.078

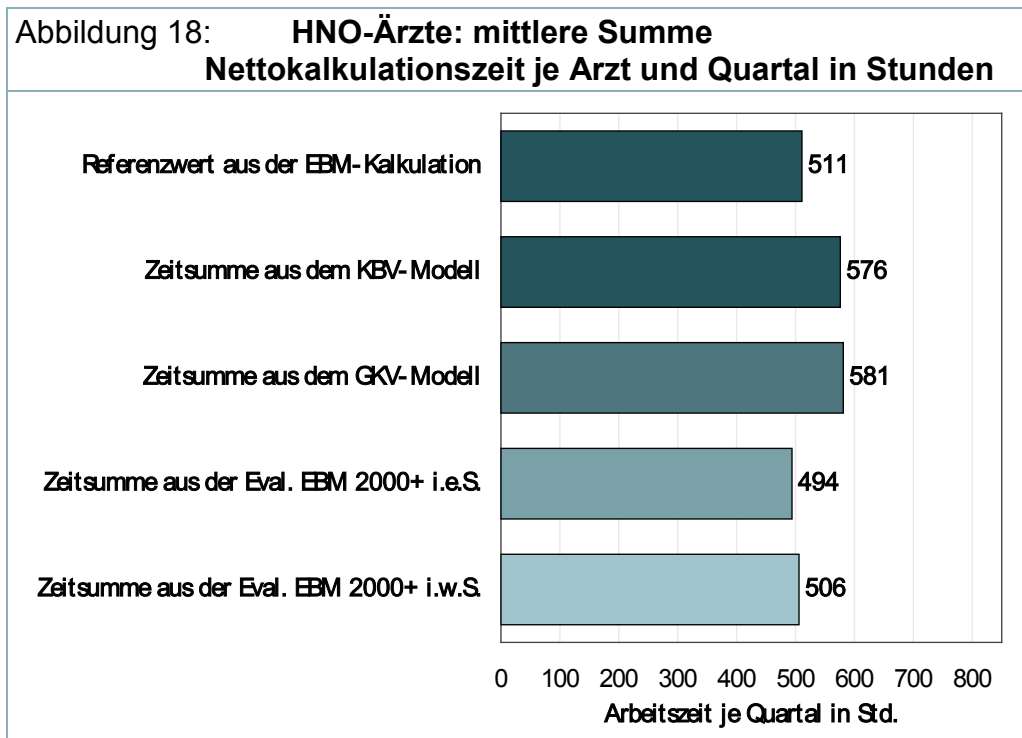
* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen

** nach Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Abrechnungsdaten III/2005 und Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Die errechneten Zeitsummen von durchschnittlich 576 Stunden (KBV-Modell) bzw. 581 Stunden (GKV-Modell) je Arzt und Quartal beziehen sich allein auf die über die KV abgerechneten Gebührenordnungsziffern. Der Anteil der Einnahmen, die nicht über die KV vereinnahmt werden, beträgt – dies ist Ergebnis der Kostenstrukturanalyse des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2007 - bei HNO-Ärzten 35,8 % (West: 37,7 %; Ost: 21,2 %).

Insgesamt deuten die Ergebnisse, die ja allenfalls Hinweise auf Plausibilität der Kalkulationsannahmen geben können, darauf hin, dass die Kalkulationszeiten im EBM bei HNO-Ärzten ggf. zu hoch angesetzt wurden. Die Werte für die Quartalszeiten liegen sowohl beim KBV-Modell als auch beim GKV-Modell über dem Referenzwert von 511 Stunden je Arzt und Quartal.

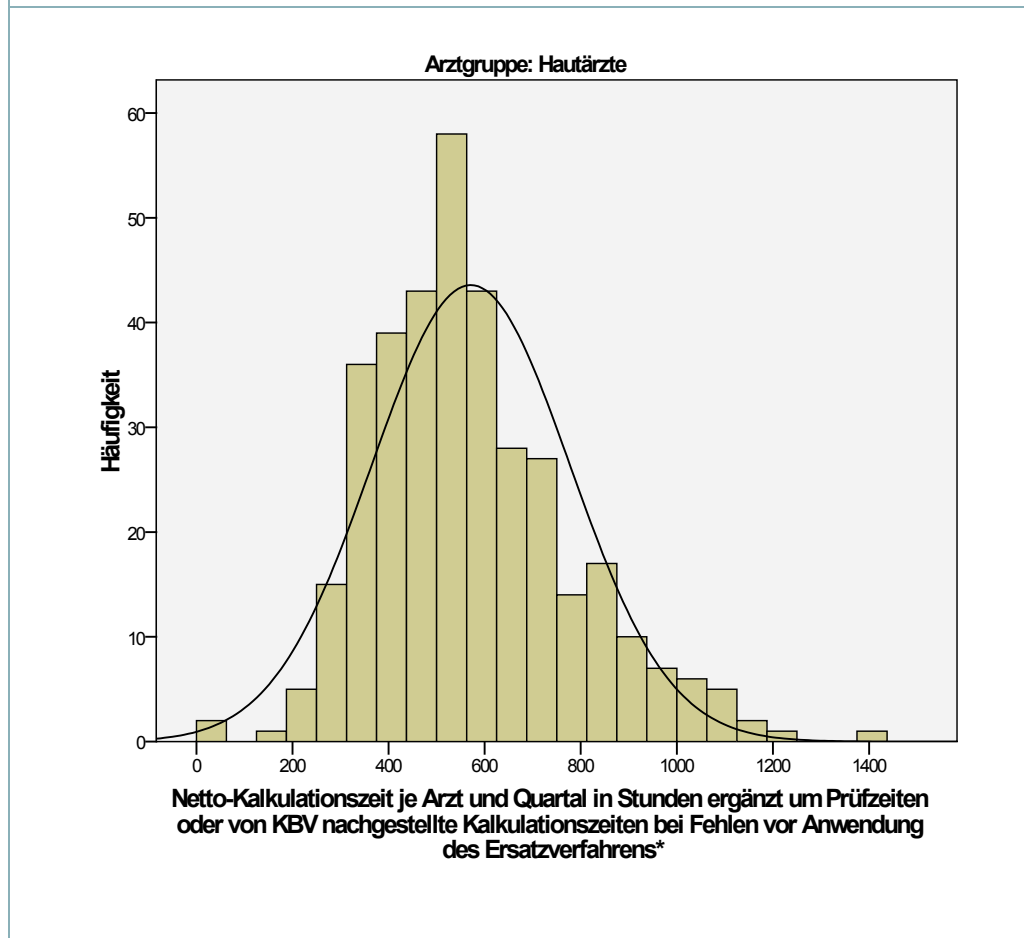


3.7 Hautärzte

Für Hautärzte ergibt sich im gewichteten Mittel nach dem KBV-Modell eine errechnete Arztzeit (Summe Zeit/Summe Ärzte) von 568 Stunden im Quartal. Nach dem GKV-Modell fällt der Wert mit 572 Stunden annähernd gleich aus. Bei der Evaluation des EBM 2000plus war ein Wert von 422 Stunden je Quartal (i.w.S.) errechnet worden. Bezieht man die errechnete Zeit auf die Zahl der Abrechnungsfälle, so ergeben sich Zeiten von 22 Minuten je Fall (sowohl im KBV-Modell wie auch im GKV-Modell). Im Rahmen der Evaluation des EBM 2000plus hatte sich hier ein Wert von 16 Minuten ergeben.

Bei dem KBV-Modell liegt der Median bei 538 Stunden je Arzt im Quartal. Dabei zeigt sich bei den insgesamt 360 Praxen bei der Streuung eine leicht rechtsschiefe Verteilung.

Abbildung 19: **Hautärzte: Streuung der errechneten Zeitsummen nach KBV-Modell**



Klammert man jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich bei dem KBV-Modell eine Spannweite zwischen 289 und 951 Stunden je Arzt im Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 427 und 692 Stunden. Das bedeutet, dass ein Viertel der Hautärzte eine errechnete Zeitsumme von mehr als 692 Stunden pro Quartal aufweist. Bei dem KBV-Modell liegen 57,5 % aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal.

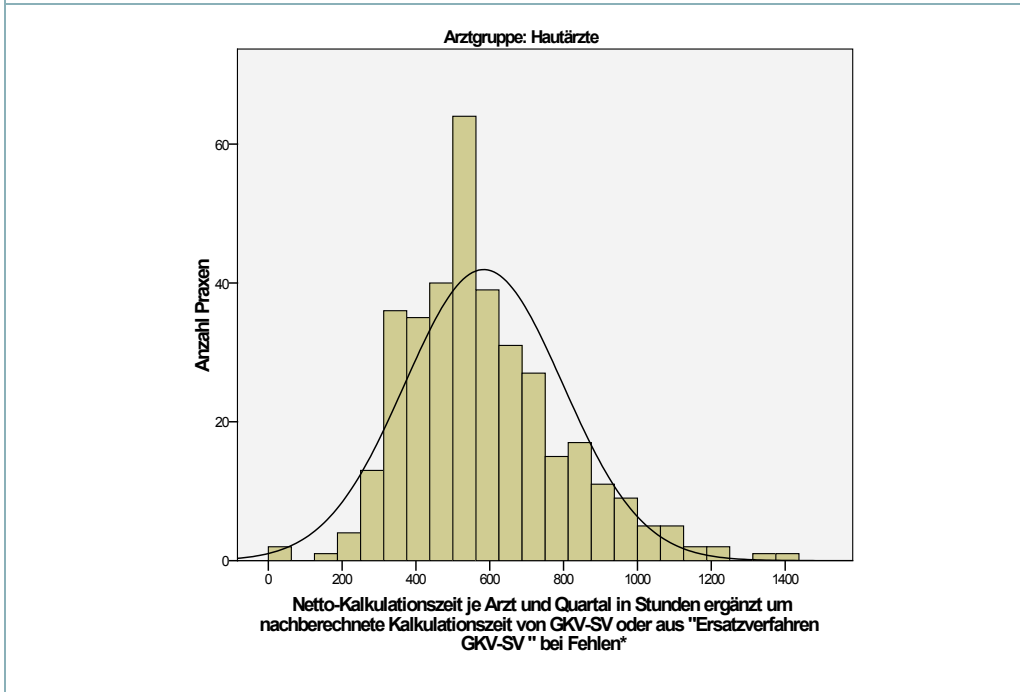
Tabelle 21: Streuung errechneter Zeitsummen* je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Hautärzte						
Hautärzte	Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden ergänzt um Prüfzeiten und nachgestellte Kalkulationszeit von KBV bei Fehlen					
	5. Perzentil	25. Perzentil	Median	75. Perzentil	95. Perzentil	Praxen insgesamt
Eval. EBM 2000+	188	325	400	498	656	394
KBV-Modell**	289	427	538	692	951	360
GKV-Modell	300	436	546	702	988	360

* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus „Ersatzverfahren GKV-SV“ ergänzt bei Fehlen.
 ** vor Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Abrechnungsdaten III/2005 und Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Bei dem GKV-Modell ergeben sich für Hautärzte leicht höhere Werte. Hier liegt der Median bei 546 Stunden, bei ebenfalls leicht rechtsschiefer Verteilung. Klammert man auch hier jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich eine Spannweite zwischen 300 und 988 Stunden je Arzt und Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 436 und 702 Stunden. Ein Viertel der Hautärzte weist nach diesem Berechnungsmodell Quartalszeiten von mehr als 702 Stunden auf. Bei dem GKV-Modell liegen 60 % aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal.

Abbildung 20: **Hautärzte: Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-Modell**



Die folgende Tabelle zeigt, dass die Ärzte mit steigenden errechneten Zeiten auch eine höhere Zahl an Abrechnungsfällen aufweisen.

Tabelle 22: **Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme* in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Hautärzte**

	Eval. EBM 2000+		KBV-Modell**		GKV-Modell	
	Nettozeit	Fälle je Arzt	Nettozeit	Fälle je Arzt	Nettozeit	Fälle je Arzt
Quartil	je Arzt und Quartal					
1. Quartil	unter 300	956	unter 427	1.021	unter 436	1.024
2. Quartil	300 bis unter 420	1.426	427 bis unter 538	1.405	436 bis unter 546	1.410
3. Quartil	420 bis unter 480	1.669	538 bis unter 692	1.651	546 bis unter 702	1.642
4. Quartil	480 und mehr	2.059	692 und mehr	2.202	702 und mehr	2.205
Gesamt	gesamt	1.527	gesamt	1.550	gesamt	1.550

* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen

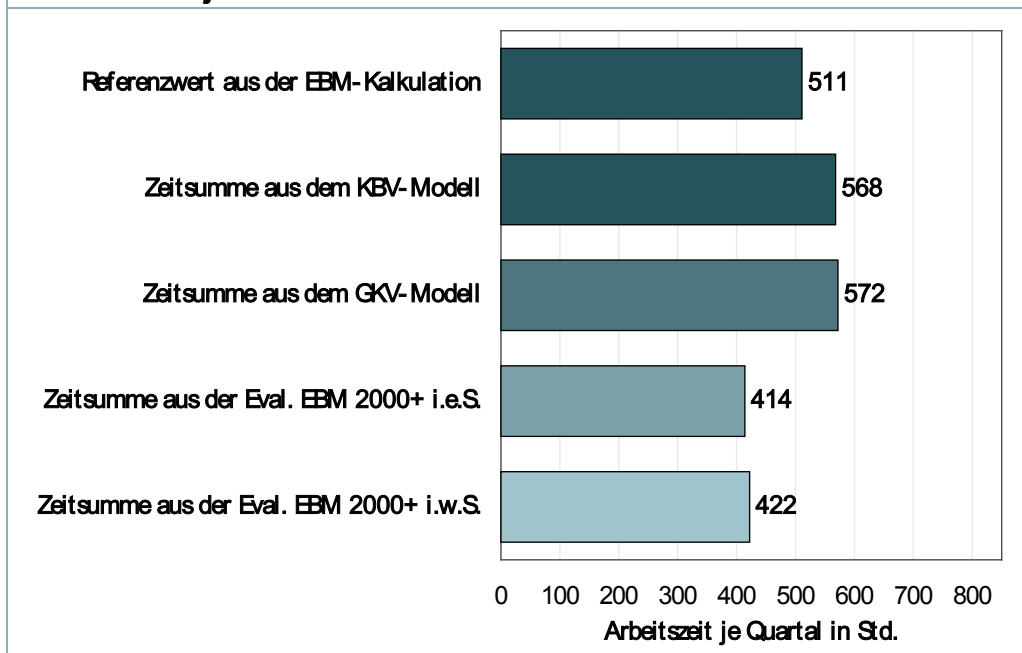
** nach Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Abrechnungsdaten III/2005 und Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Die errechneten Zeitsummen von durchschnittlich 568 Stunden (KBV-Modell) bzw. 572 Stunden (GKV-Modell) je Arzt und Quartal beziehen sich allein auf die über die KV abgerechneten Gebührenordnungsziffern. Der Anteil der Einnahmen, die nicht über die KV vereinnahmt werden, beträgt – dies ist Ergebnis der Kostenstrukturanalyse des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2007 – bei Hautärzten 47,3 % (West: 50,5 %; Ost: 20,6 %).

Insgesamt deuten die Ergebnisse, die ja allenfalls Hinweise auf Plausibilität der Kalkulationsannahmen geben können, darauf hin, dass die Kalkulationszeiten im EBM bei Hautärzten ggf. zu hoch angesetzt wurden. Die Werte für die Quartalszeiten liegen sowohl beim KBV-Modell wie auch beim GKV-Modell über dem Referenzwert von 511 Stunden je Arzt und Quartal.

Abbildung 21: **Hautärzte: mittlere Summe Nettokalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden**

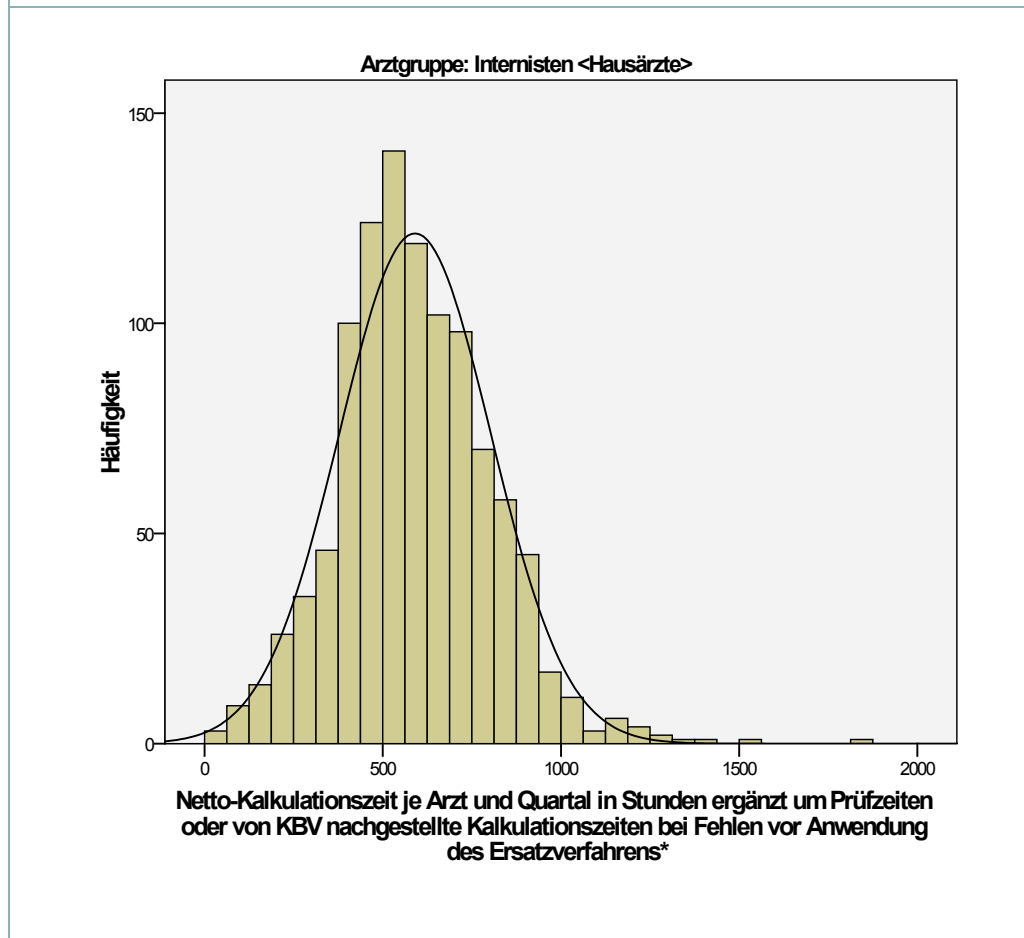


3.8 Internisten (hausärztlich)

Für hausärztliche Internisten ergibt sich im gewichteten Mittel nach dem KBV-Modell eine errechnete Arztzeit (Summe Zeit/Summe Ärzte) von 601 Stunden im Quartal. Nach dem GKV-Modell fällt der Wert mit 742 Stunden deutlich höher aus. Bei der Evaluation des EBM 2000plus war ein Wert von 566 Stunden je Quartal (i.w.S.) errechnet worden. Bezieht man die errechnete Zeit auf die Zahl der Abrechnungsfälle, so ergeben sich Zeiten von 40 Minuten (KBV-Modell) bzw. 49 Minuten (GKV-Modell) je Fall. Im Rahmen der Evaluation des EBM 2000plus hatte sich hier ein Wert von 38 Minuten (i.w.S.) ergeben.

Bei dem KBV-Modell liegt der Median bei 575 Stunden je Arzt im Quartal. Dabei zeigt sich bei den insgesamt 1.037 Praxen bei der Streuung eine annähernde (leicht linkssteile) Normalverteilung.

Abbildung 22: **Internisten (hausärztlich): Streuung der errechneten Zeitsummen nach KBV-Modell**



Klammert man jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich bei dem KBV-Modell eine Spannweite zwischen 244 und 922 Stunden je Arzt im Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 454 und 725 Stunden. Das bedeutet, dass ein Viertel der hausärztlichen Internisten eine errechnete Zeitsumme von mehr als 725 Stunden pro Quartal aufweist. Bei dem KBV-Modell liegen 63,2 % aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal.

Tabelle 23: Streuung errechneter Zeitsummen* je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Internisten (hausärztlich)						
Internisten (hausärztlich)	Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden ergänzt um Prüfzeiten und nachgestellte Kalkulationszeit von KBV bei Fehlen					
	5. Perzentil	25. Perzentil	Median	75. Perzentil	95. Perzentil	Praxen insgesamt
Eval. EBM 2000+	225	398	521	658	861	1.300
KBV-Modell**	244	454	575	725	922	1.037
GKV-Modell	294	561	723	924	1.252	1.037

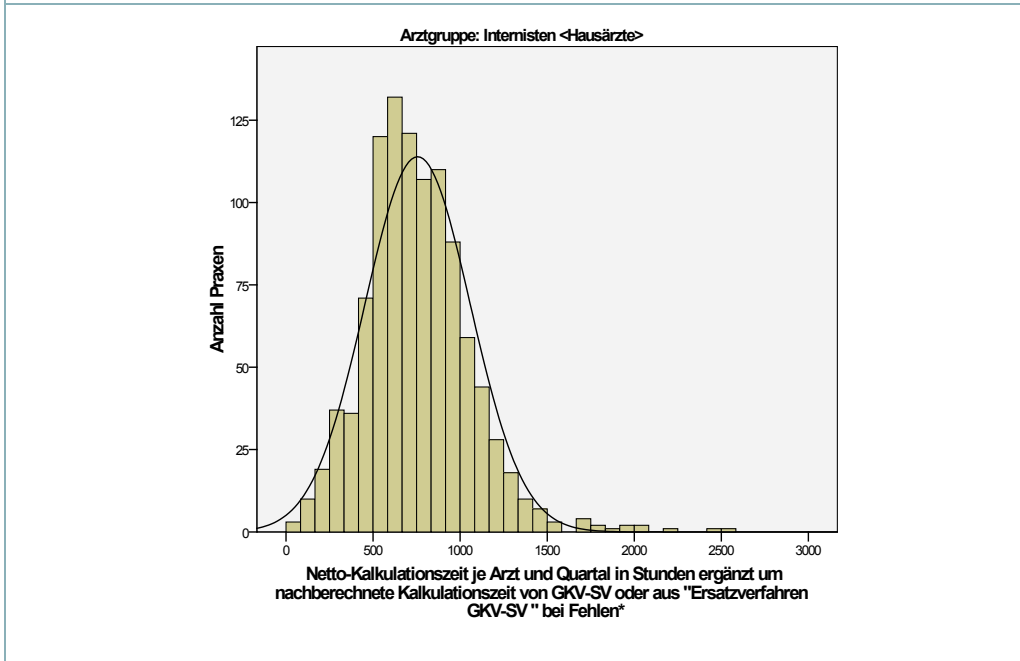
* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus „Ersatzverfahren GKV-SV“ ergänzt bei Fehlen.

** vor Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Abrechnungsdaten III/2005 und Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Bei dem GKV-Modell ergeben sich für hausärztliche Internisten deutlich höhere Werte. Hier liegt der Median bei 723 Stunden, bei annähernder (leicht linkssteiler) Normalverteilung. Klammert man auch hier jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich eine Spannweite zwischen 294 und 1.252 Stunden je Arzt und Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 561 und 924 Stunden. Ein Viertel der hausärztlichen Internisten weist nach diesem Berechnungsmodell Quartalszeiten von mehr als 924 Stunden auf. Bei dem GKV-Modell liegen 81,7 % aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal.

Abbildung 23: **Internisten (hausärztlich): Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-Modell**



Die folgende Tabelle zeigt, dass die Ärzte mit steigenden errechneten Zeiten auch eine höhere Zahl an Abrechnungsfällen aufweisen.

Tabelle 24: **Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme* in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Internisten (hausärztlich)**

	Eval. EBM 2000+		KBV-Modell**		GKV-Modell	
	Nettozeit	Fälle	Nettozeit	Fälle	Nettozeit	Fälle
Quartil	je Arzt und Quartal					
1. Quartil	unter 420	574	unter 454	559	unter 561	558
2. Quartil	420 bis unter 540	860	454 bis unter 575	824	561 bis unter 723	825
3. Quartil	540 bis unter 660	1.003	575 bis unter 725	1.015	723 bis unter 924	1.012
4. Quartil	660 und mehr	1.228	725 und mehr	1.289	924 und mehr	1.272
Gesamt	gesamt	916	gesamt	903	gesamt	903

* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen

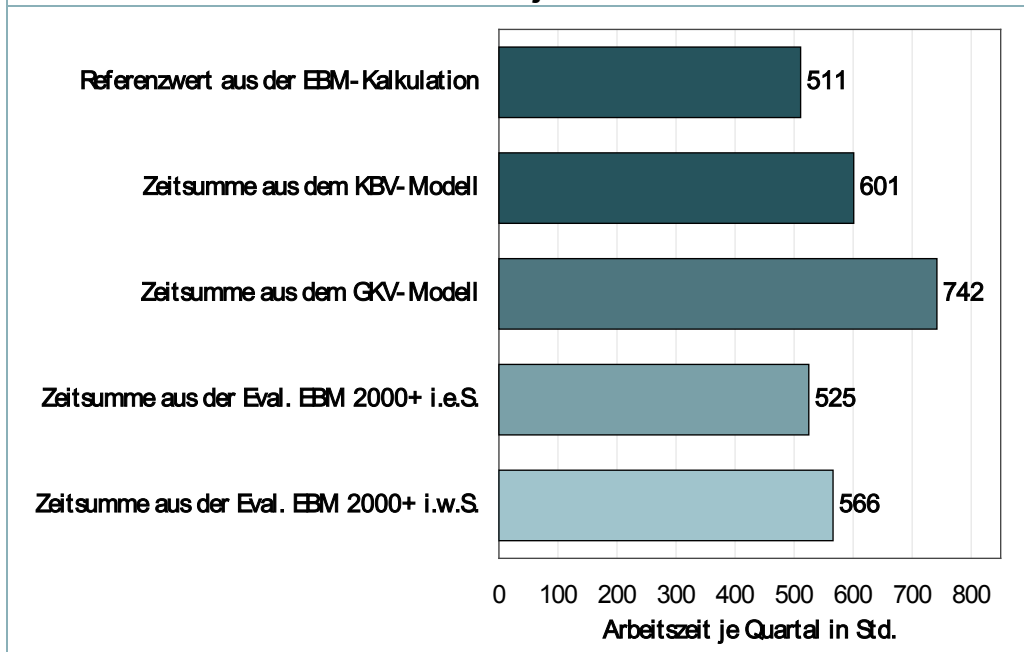
** nach Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Abrechnungsdaten III/2005 und Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Die errechneten Zeitsummen von durchschnittlich 601 Stunden (KBV-Modell) bzw. 742 Stunden (GKV-Modell) je Arzt und Quartal beziehen sich allein auf die über die KV abgerechneten Gebührenordnungsziffern. Der Anteil der Einnahmen, die nicht über die KV vereinnahmt werden, beträgt – dies ist Ergebnis der Kostenstrukturanalyse des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2007 - bei Internisten 25 % (West: 27,8 %; Ost: 10,1 %). Allerdings liegt dieser Wert nur für die gesamte Gruppe der Internisten vor.

Insgesamt deuten die Ergebnisse, die ja allenfalls Hinweise auf Plausibilität der Kalkulationsannahmen geben können, darauf hin, dass die Kalkulationszeiten im EBM bei hausärztlichen Internisten ggf. zu hoch angesetzt wurden. Die Werte für die Quartalszeiten liegen beim KBV-Modell und sehr viel deutlicher beim GKV-Modell über dem Referenzwert von 511 Stunden je Arzt und Quartal.

Abbildung 24: **Internisten (hausärztlich): mittlere Summe Nettokalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden**

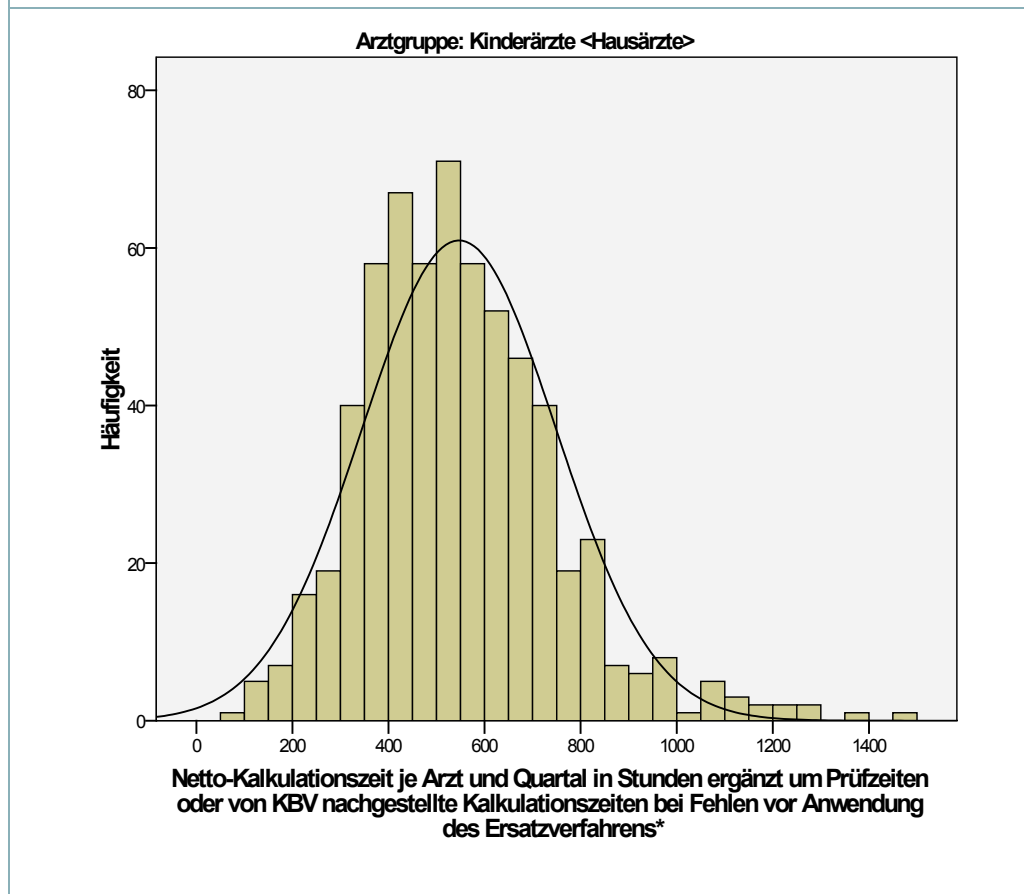


3.9 Kinderärzte (Hausärzte)

Für Kinderärzte (im Folgenden sind ausschließlich die hausärztlichen Kinderärzte gemeint) ergibt sich im gewichteten Mittel nach dem KBV-Modell eine errechnete Arztzeit (Summe Zeit/Summe Ärzte) von 566 Stunden im Quartal. Nach dem GKV-Modell fällt der Wert mit 651 Stunden deutlich höher aus. Bei der Evaluation des EBM 2000plus war ein Wert von 547 Stunden je Quartal (i.w.S.) errechnet worden. Bezieht man die errechnete Zeit auf die Zahl der Abrechnungsfälle, so ergeben sich Zeiten von 32 Minuten (KBV-Modell) bzw. 36 Minuten (GKV-Modell) je Fall. Im Rahmen der Evaluation des EBM 2000plus hatte sich hier ein Wert von 31 Minuten (i.w.S.) ergeben.

Bei dem KBV-Modell liegt der Median bei 526 Stunden je Arzt im Quartal. Dabei zeigt sich bei den insgesamt 618 Praxen bei der Streuung eine leicht rechtsschiefe Verteilung.

Abbildung 25: **Kinderärzte (Hausärzte): Streuung der errechneten Zeitsummen nach KBV-Modell**



Klammert man jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich bei dem KBV-Modell eine Spannweite zwischen 250 und 908 Stunden je Arzt im Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 405 und 657 Stunden. Das bedeutet, dass ein Viertel der Kinderärzte eine errechnete Zeitsumme von mehr als 657 Stunden pro Quartal aufweist. Bei dem KBV-Modell liegen 53,4 % aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal.

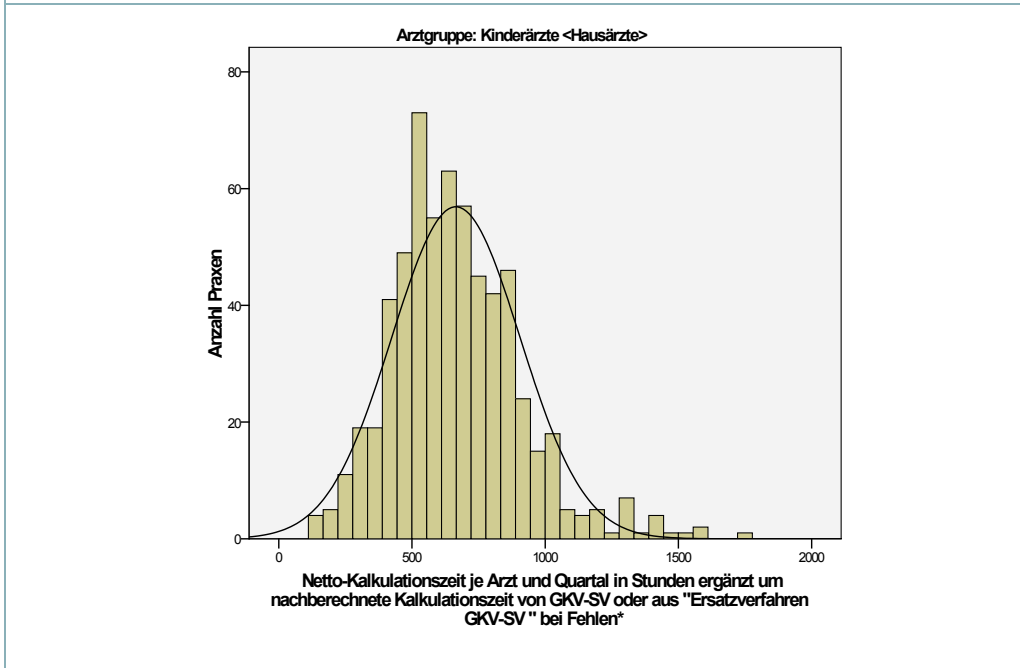
Tabelle 25: Streuung errechneter Zeitsummen* je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Kinderärzte (Hausärzte)						
Kinderärzte (Hausärzte)	Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden ergänzt um Prüfzeiten und nachgestellte Kalkulationszeit von KBV bei Fehlen					
	5. Perzentil	25. Perzentil	Median	75. Perzentil	95. Perzentil	Praxen insgesamt
Eval. EBM 2000+	244	39	507	618	860	654
KBV-Modell**	250	405	526	657	908	618
GKV-Modell	315	504	643	811	1.092	618

* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus „Ersatzverfahren GKV-SV“ ergänzt bei Fehlen.
 ** vor Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Abrechnungsdaten III/2005 und Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Bei dem GKV-Modell ergeben sich für Kinderärzte deutlich höhere Werte. Hier liegt der Median bei 643 Stunden, bei leicht linkssteiler Verteilung. Klammert man auch hier jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich eine Spannweite zwischen 315 und 1.092 Stunden je Arzt und Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 504 und 811 Stunden. Ein Viertel der Kinderärzte weist nach diesem Berechnungsmodell Quartalszeiten von mehr als 811 Stunden auf. Bei dem GKV-Modell liegen 73,1 % aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal.

Abbildung 26: **Kinderärzte (Hausärzte): Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-Modell**



Die folgende Tabelle zeigt, dass die Ärzte mit steigenden errechneten Zeiten auch eine höhere Zahl an Abrechnungsfällen aufweisen.

Tabelle 26: **Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme* in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Kinderärzte (Hausärzte)**

Quartil	Eval. EBM 2000+		KBV-Modell**		GKV-Modell	
	Nettozeit	Fälle	Nettozeit	Fälle	Nettozeit	Fälle
	je Arzt und Quartal					
1. Quartil	unter 360	675	unter 405	677	unter 504	668
2. Quartil	360 bis unter 480	953	405 bis unter 526	954	504 bis unter 643	961
3. Quartil	480 bis unter 600	1.149	526 bis unter 657	1.169	643 bis unter 811	1.176
4. Quartil	600 und mehr	1.492	657 und mehr	1.551	811 und mehr	1.560
Gesamt	gesamt	1.067	gesamt	1.071	gesamt	1.071

* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen

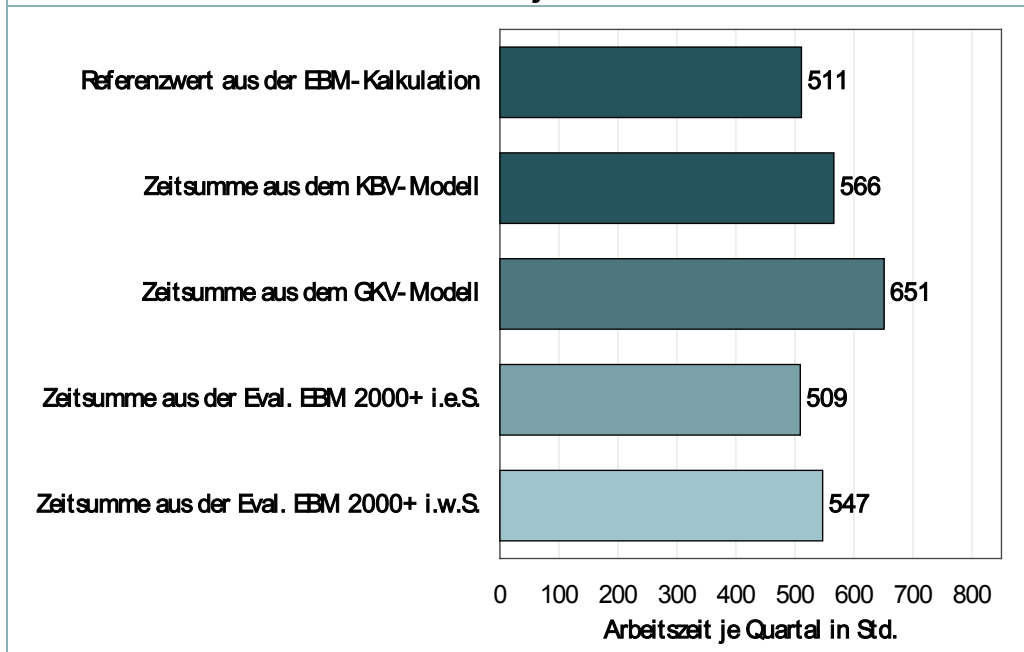
** nach Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Abrechnungsdaten III/2005 und Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Die errechneten Zeitsummen von durchschnittlich 566 Stunden (KBV-Modell) bzw. 651 Stunden (GKV-Modell) je Arzt und Quartal beziehen sich allein auf die über die KV abgerechneten Gebührenordnungsziffern. Der Anteil der Einnahmen, die nicht über die KV vereinnahmt werden, beträgt – dies ist Ergebnis der Kostenstrukturanalyse des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2007 – bei Kinderärzten 22,1 % (West: 23,8 %; Ost: 11,5 %).

Insgesamt deuten die Ergebnisse, die ja allenfalls Hinweise auf Plausibilität der Kalkulationsannahmen geben können, darauf hin, dass die Kalkulationszeiten im EBM bei Kinderärzten ggf. zu hoch angesetzt wurden. Die Werte für die Quartalszeiten liegen beim KBV-Modell und sehr viel deutlicher beim GKV-Modell über dem Referenzwert von 511 Stunden je Arzt und Quartal.

Abbildung 27: **Kinderärzte (Hausärzte): mittlere Summe Nettokalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden**

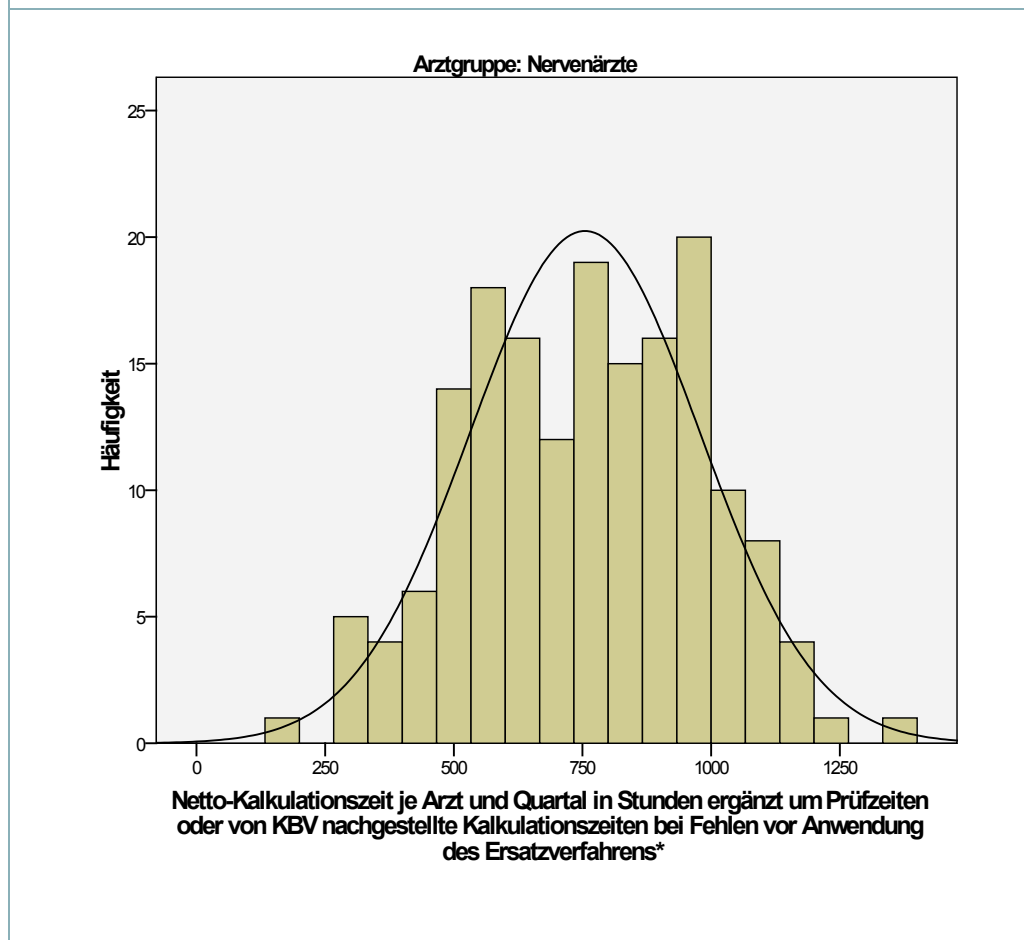


3.10 Nervenärzte (ohne Neurologen/Psychiater)

Für Nervenärzte ergibt sich im gewichteten Mittel nach dem KBV-Modell eine errechnete Arztzeit (Summe Zeit/Summe Ärzte) von 763 Stunden im Quartal. Nach dem GKV-Modell fällt der Wert mit 761 Stunden ähnlich aus. Bei der Evaluation des EBM 2000plus war ein Wert von 560 Stunden je Quartal (i.w.S.) errechnet worden. Bezieht man die errechnete Zeit auf die Zahl der Abrechnungsfälle, so ergeben sich jeweils Zeiten von 48 Minuten (sowohl im KBV-Modell wie auch im GKV-Modell). Im Rahmen der Evaluation des EBM 2000plus hatte sich hier ein Wert von 43 Minuten (i.w.S.) ergeben.

Bei dem KBV-Modell liegt der Median bei 763 Stunden je Arzt im Quartal. Dabei zeigt sich bei den insgesamt 170 Praxen eine relativ breite Streuung.

Abbildung 28: **Nervenärzte (ohne Neurologen/Psychiater):
Streuung der errechneten Zeitsummen nach KBV-
Modell**



Klammert man jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich bei dem KBV-Modell eine Spannweite zwischen 350 und 1.087 Stunden je Arzt im Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 574 und 937 Stunden. Das bedeutet, dass ein Viertel der Nervenärzte eine errechnete Zeitsumme von mehr als 937 Stunden pro Quartal aufweist. Bei dem KBV-Modell liegen 85,3 % aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal..

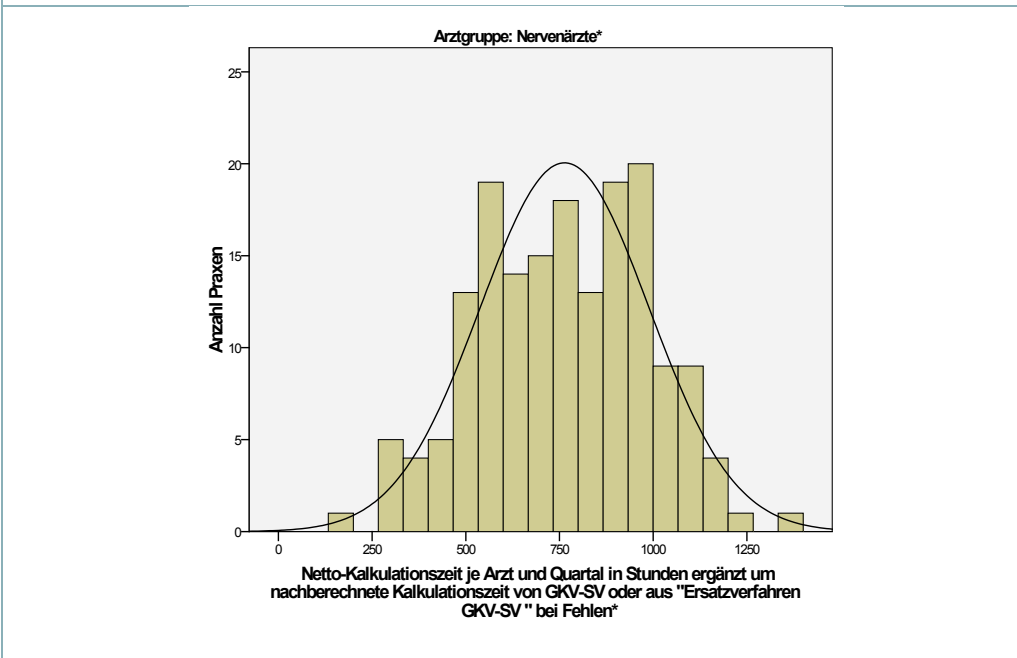
Tabelle 27: Streuung errechneter Zeitsummen* je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Nervenärzte (ohne Neurologen/Psychiater)						
Nervenärzte (ohne Neurologen/Psychiater):	Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden ergänzt um Prüfzeiten und nachgestellte Kalkulationszeit von KBV bei Fehlen					
	5. Perzentil	25. Perzentil	Median	75. Perzentil	95. Perzentil	Praxen insgesamt
Eval. EBM 2000+	156	402	547	695	899	316
KBV-Modell**	350	574	763	937	1.087	170
GKV-Modell	355	581	769	944	1.108	170

* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus „Ersatzverfahren GKV-SV“ ergänzt bei Fehlen.
 ** vor Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Abrechnungsdaten III/2005 und Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Bei dem GKV-Modell ergeben sich für Nervenärzte ähnliche Werte. Hier liegt der Median bei 769 Stunden, die Praxen sind dabei relativ breit gestreut. Klammert man auch hier jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich eine Spannweite zwischen 355 und 1.108 Stunden je Arzt und Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 581 und 944 Stunden. Ein Viertel der Nervenärzte weist nach diesem Berechnungsmodell Quartalszeiten von mehr als 944 Stunden auf. Bei dem GKV-Modell liegen 86,5 % aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal.

Abbildung 29: **Nervenärzte (ohne Neurologen/Psychiater):
Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-
Modell**



Die folgende Tabelle zeigt, dass die Ärzte mit steigenden errechneten Zeiten auch eine höhere Zahl an Abrechnungsfällen aufweisen.

Tabelle 28: **Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme* in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Nervenärzte (ohne Neurologen/ Psychiater)**

Quartil	Eval. EBM 2000+		KBV-Modell**		GKV-Modell	
	Nettozeit	Fälle	Nettozeit	Fälle	Nettozeit	Fälle
	je Arzt und Quartal					
1. Quartil	unter 420	368	unter 574	641	unter 581	641
2. Quartil	420 bis unter 540	727	574 bis unter 763	878	581 bis unter 769	877
3. Quartil	540 bis unter 720	881	763 bis unter 937	1.104	769 bis unter 944	1.098
4. Quartil	720 und mehr	1.131	937 und mehr	1.223	944 und mehr	1.229
Gesamt	gesamt	777	gesamt	960	gesamt	960

* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen

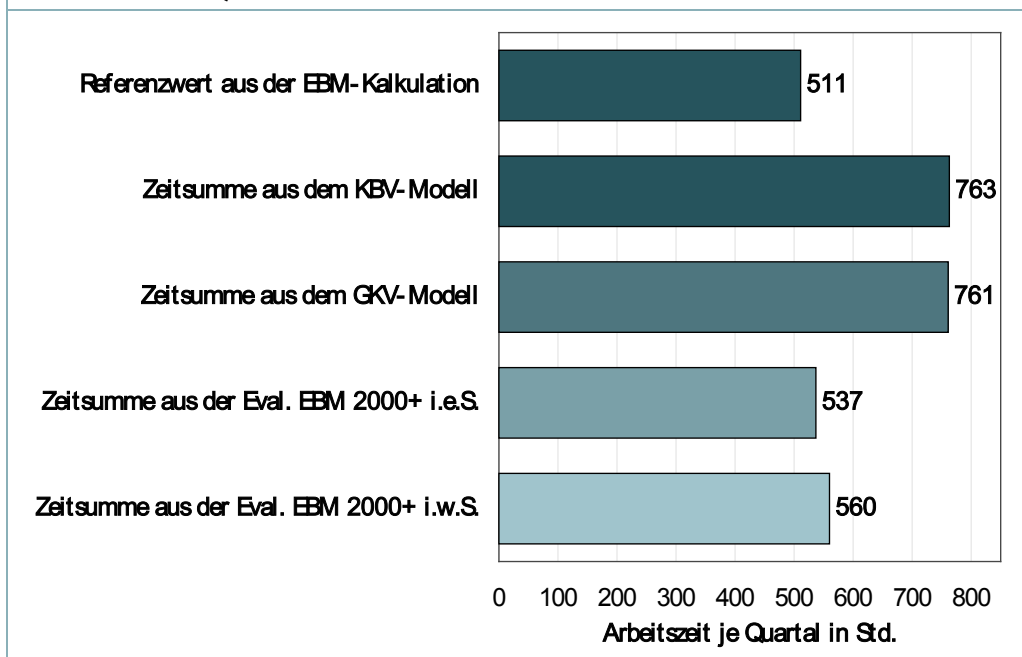
** nach Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Abrechnungsdaten III/2005 und Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Die errechneten Zeitsummen von durchschnittlich 763 Stunden (KBV-Modell) bzw. 761 Stunden (GKV-Modell) je Arzt und Quartal beziehen sich allein auf die über die KV abgerechneten Gebührenordnungsziffern. Der Anteil der Einnahmen, die nicht über die KV vereinnahmt werden, liegt aus der Kostenstrukturanalyse des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2007 nicht vor. Bei Praxen für Neurologie, Psychiatrie beträgt der Anteil 30,3 % (West: 31,4 %; Ost: 19,1 %).

Insgesamt deuten die Ergebnisse, die ja allenfalls Hinweise auf Plausibilität der Kalkulationsannahmen geben können, darauf hin, dass die Kalkulationszeiten im EBM bei Nervenärzten ggf. zu hoch angesetzt wurden. Die Werte für die Quartalszeiten liegen sowohl beim KBV-Modell als auch beim GKV-Modell über dem Referenzwert von 511 Stunden je Arzt und Quartal.

Abbildung 30: **Nervenärzte (ohne Neurologen/Psychiater): mittlere Summe Nettokalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden**

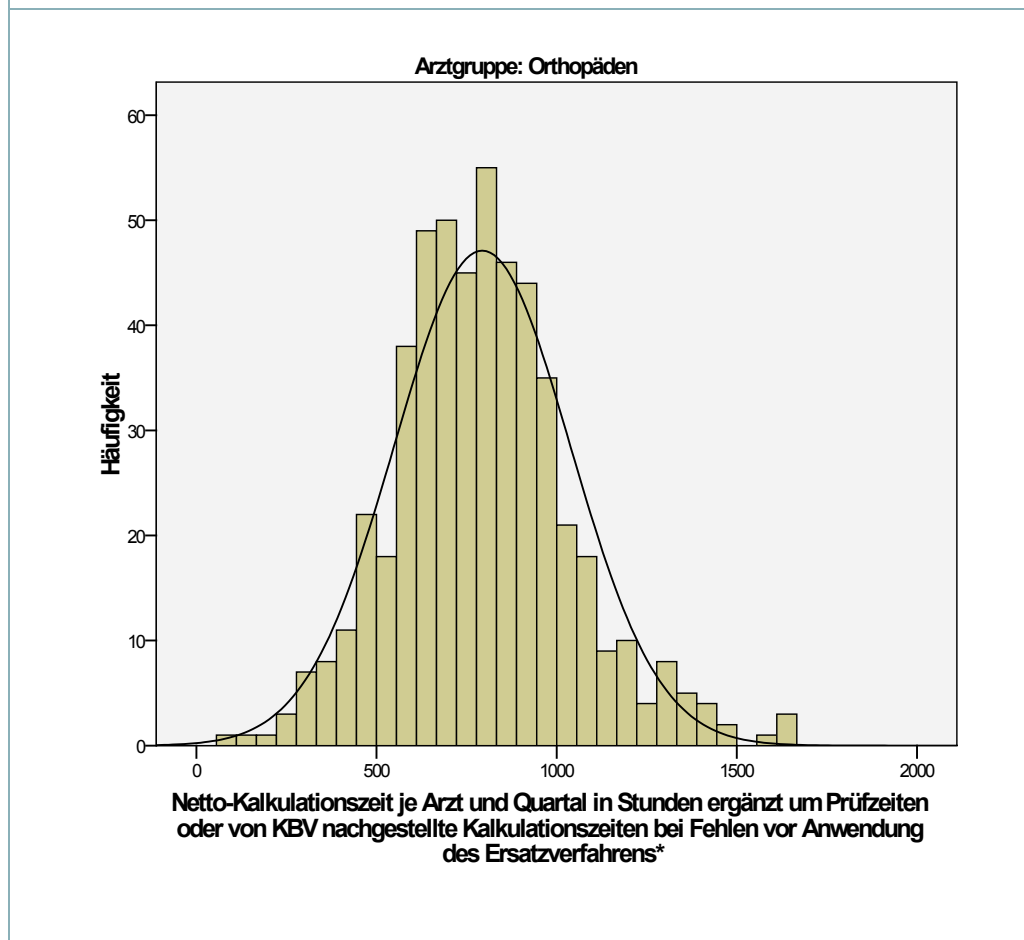


3.11 Orthopäden

Für Orthopäden ergibt sich im gewichteten Mittel nach dem KBV-Modell eine errechnete Arztzeit (Summe Zeit/Summe Ärzte) von 791 Stunden im Quartal. Nach dem GKV-Modell fällt der Wert mit 796 Stunden ähnlich aus. Bei der Evaluation des EBM 2000plus war ein Wert von 639 Stunden je Quartal (i.w.S.) errechnet worden. Bezieht man die errechnete Zeit auf die Zahl der Abrechnungsfälle, so ergeben sich Zeiten von jeweils 41 Minuten je Fall (sowohl im KBV-Modell wie auch im GKV-Modell. Im Rahmen der Evaluation des EBM 2000plus hatte sich hier ein Wert von 32 Minuten (i.w.S.) ergeben.

Bei dem KBV-Modell liegt der Median bei 786 Stunden je Arzt im Quartal. Dabei zeigt sich bei den insgesamt 519 Praxen bei der Streuung eine annähernde Normalverteilung.

Abbildung 31: **Orthopäden: Streuung der errechneten Zeitsummen nach KBV-Modell**



Klammert man jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich bei dem KBV-Modell eine Spannweite zwischen 414 und 1.236 Stunden je Arzt im Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 638 und 933 Stunden. Das bedeutet, dass ein Viertel der Orthopäden eine errechnete Zeitsumme von mehr als 933 Stunden pro Quartal aufweist. Bei drei Viertel der Orthopäden beträgt die Zeitsumme mehr als 638 Stunden im Quartal. Bei dem KBV-Modell liegen 88,4 % aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal.

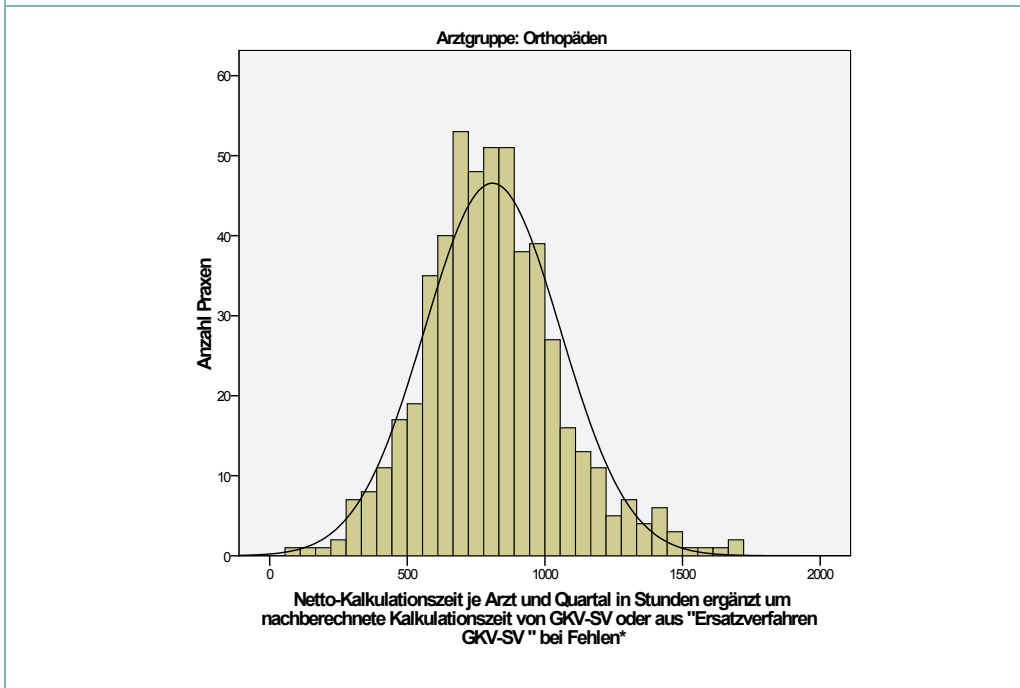
Tabelle 29: Streuung errechneter Zeitsummen* je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Orthopäden						
Orthopäden	Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden ergänzt um Prüfzeiten und nachgestellte Kalkulationszeit von KBV bei Fehlen					
	5. Perzentil	25. Perzentil	Median	75. Perzentil	95. Perzentil	Praxen insgesamt
Eval. EBM 2000+	326	515	613	719	906	515
KBV-Modell**	414	638	786	933	1.236	519
GKV-Modell	428	654	794	954	1.249	519

* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus „Ersatzverfahren GKV-SV“ ergänzt bei Fehlen.
 ** vor Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Abrechnungsdaten III/2005 und Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Bei dem GKV-Modell ergeben sich für Orthopäden nur leicht höhere Werte. Hier liegt der Median bei 794 Stunden, bei annähernder Normalverteilung. Klammert man auch hier jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich eine Spannweite zwischen 428 und 1.249 Stunden je Arzt und Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 654 und 954 Stunden. Ein Viertel der Orthopäden weist nach diesem Berechnungsmodell Quartalszeiten von mehr als 954 Stunden auf. Bei dem GKV-Modell liegen 90 % aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal.

Abbildung 32: **Orthopäden: Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-Modell**



Die folgende Tabelle zeigt, dass die Ärzte mit steigenden errechneten Zeiten auch eine höhere Zahl an Abrechnungsfällen aufweisen.

Tabelle 30: **Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme* in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Orthopäden**

Quartil	Eval. EBM 2000+		KBV-Modell**		GKV-Modell	
	Nettozeit	Fälle	Nettozeit	Fälle	Nettozeit	Fälle
	je Arzt und Quartal					
1. Quartil	unter 480	837	unter 638	823	unter 654	827
2. Quartil	480 bis unter 600	1.113	638 bis unter 786	1.138	654 bis unter 794	1.128
3. Quartil	600 bis unter 720	1.258	786 bis unter 933	1.271	794 bis unter 954	1.263
4. Quartil	720 und mehr	1.559	933 und mehr	1.452	954 und mehr	1.465
Gesamt	gesamt	1.191	gesamt	1.157	gesamt	1.157

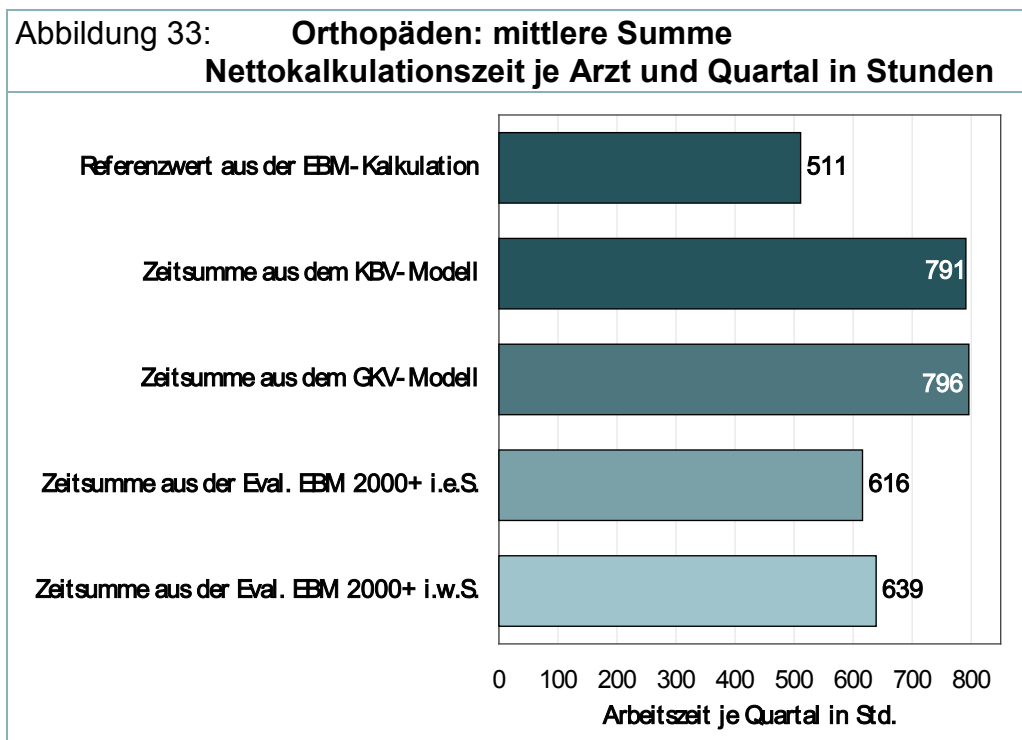
* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen

** nach Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Abrechnungsdaten III/2005 und Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Die errechneten Zeitsummen von durchschnittlich 791 Stunden (KBV-Modell) bzw. 796 Stunden (GKV-Modell) je Arzt und Quartal beziehen sich allein auf die über die KV abgerechneten Gebührenordnungsziffern. Der Anteil der Einnahmen, die nicht über die KV vereinnahmt werden, beträgt – dies ist Ergebnis der Kostenstrukturanalyse des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2007 - bei Orthopäden 42,3 % (West: 43,8 %; Ost: 26,6 %).

Insgesamt deuten die Ergebnisse, die ja allenfalls Hinweise auf Plausibilität der Kalkulationsannahmen geben können, darauf hin, dass die Kalkulationszeiten im EBM bei Orthopäden zu hoch angesetzt wurden. Die Werte für die Quartalszeiten liegen sowohl beim KBV-Modell und als auch beim GKV-Modell sehr deutlich über dem Referenzwert von 511 Stunden je Arzt und Quartal.

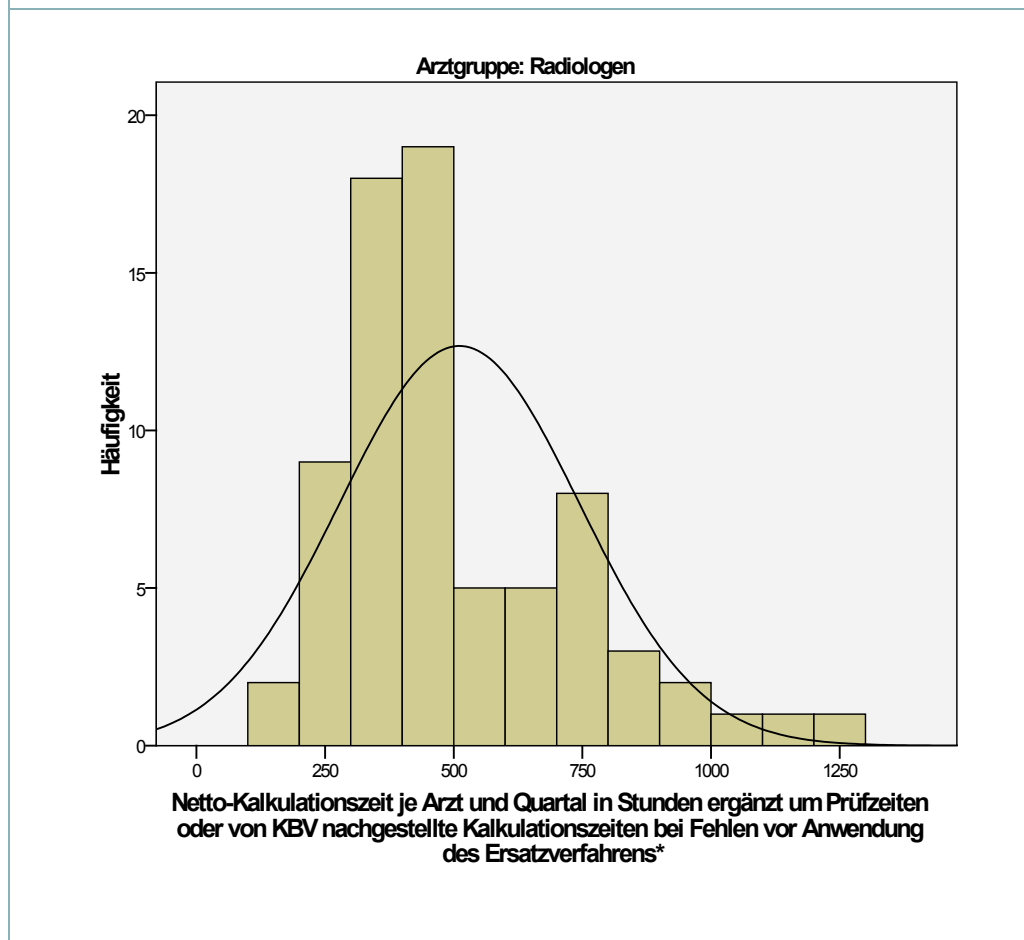


3.12 Radiologen

Für Radiologen ergibt sich im gewichteten Mittel nach dem KBV-Modell eine errechnete Arztzeit (Summe Zeit/Summe Ärzte) von 502 Stunden im Quartal. Nach dem GKV-Modell fällt der Wert mit 499 Stunden ähnlich aus. Bei der Evaluation des EBM 2000plus war ein Wert von 481 Stunden je Quartal (i.w.S.) errechnet worden. Bezieht man die errechnete Zeit auf die Zahl der Abrechnungsfälle, so ergeben sich Zeiten von jeweils 21 Minuten je Fall (sowohl im KBV-Modell als auch im GKV-Modell. Im Rahmen der Evaluation des EBM 2000plus hatte sich hier ein Wert von 20 Minuten ergeben.

Bei dem KBV-Modell liegt der Median bei 462 Stunden je Arzt im Quartal. Dabei zeigt sich bei den insgesamt 74 Praxen eine breite Streuung und eine deutlich rechtsschiefe, linkssteile Verteilung.

Abbildung 34: **Radiologen: Streuung der errechneten Zeitsummen nach KBV-Modell**



Klammert man jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich bei dem KBV-Modell eine Spannweite zwischen 241 und 997 Stunden je Arzt im Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 359 und 650 Stunden. Das bedeutet, dass ein Viertel der Radiologen eine errechnete Zeitsumme von mehr als 650 Stunden pro Quartal aufweist. Bei dem KBV-Modell liegen 33,8 % aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal..

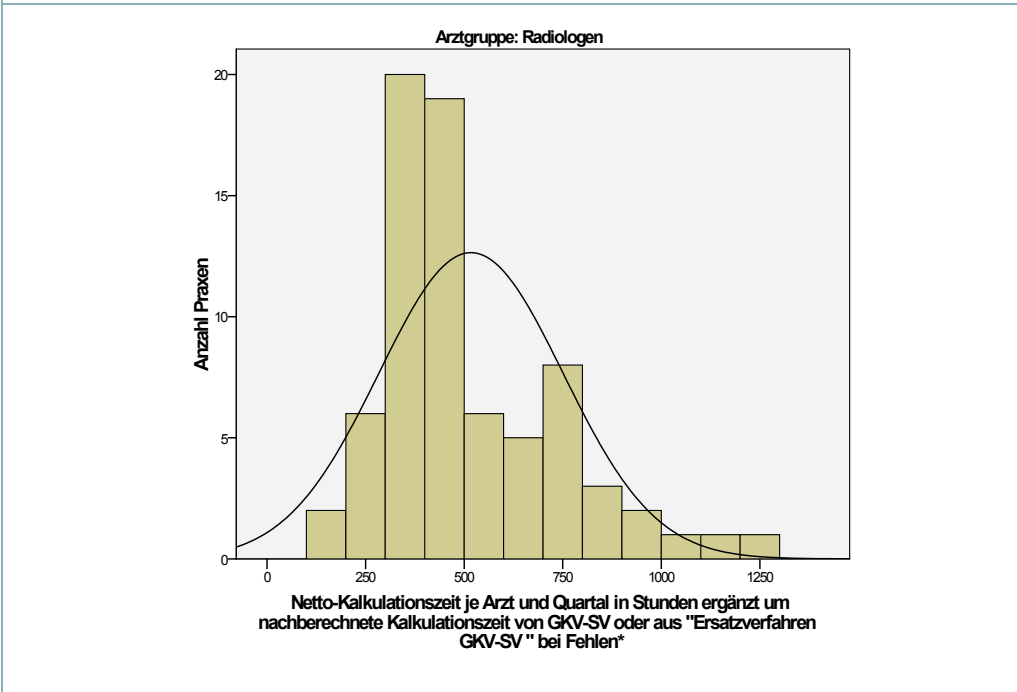
Tabelle 31: Streuung errechneter Zeitsummen* je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Radiologen						
Radiologen	Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden ergänzt um Prüfzeiten und nachgestellte Kalkulationszeit von KBV bei Fehlen					
	5. Perzentil	25. Perzentil	Median	75. Perzentil	95. Perzentil	Praxen insgesamt
Eval. EBM 2000+	200	324	434	592	1.038	112
KBV-Modell**	241	359	462	650	997	74
GKV-Modell	242	362	468	656	1.001	74

* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus „Ersatzverfahren GKV-SV“ ergänzt bei Fehlen.
 ** vor Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Abrechnungsdaten III/2005 und Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Bei dem GKV-Modell ergeben sich für Radiologen ähnliche Werte. Hier liegt der Median bei 468 Stunden, bei rechtsschiefer, linkssteiler Verteilung. Klammert man auch hier jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich eine Spannweite zwischen 242 und 1.001 Stunden je Arzt und Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 362 und 656 Stunden. Ein Viertel der Radiologen weist nach diesem Berechnungsmodell Quartalszeiten von mehr als 656 Stunden auf. Bei dem GKV-Modell liegen 35,1 % aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal.

Abbildung 35: **Radiologen: Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-Modell**



Die folgende Tabelle zeigt, dass Radiologen mit steigenden errechneten Zeiten auch eine deutlich höhere Zahl an Abrechnungsfällen aufweisen.

Tabelle 32: **Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme* in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Radiologen**

Quartil	Eval. EBM 2000+		KBV-Modell**		GKV-Modell	
	Nettozeit	Fälle	Nettozeit	Fälle	Nettozeit	Fälle
	je Arzt und Quartal					
1. Quartil	unter 300	800	unter 359	724	unter 362	724
2. Quartil	300 bis unter 420	1.116	359 bis unter 462	1.185	362 bis unter 468	1.199
3. Quartil	420 bis unter 600	1.552	462 bis unter 650	1.542	468 bis unter 656	1.500
4. Quartil	600 und mehr	2.746	650 und mehr	2.484	656 und mehr	2.484
Gesamt	gesamt	1.553	gesamt	1.441	gesamt	1.441

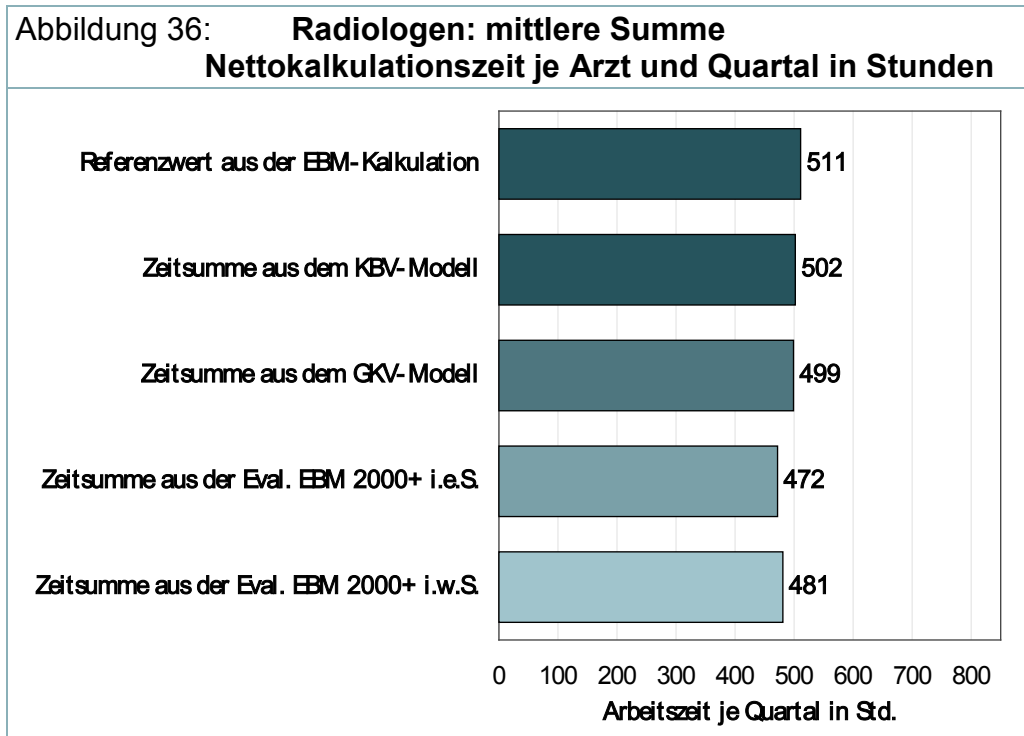
* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen

** nach Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Abrechnungsdaten III/2005 und Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Die errechneten Zeitsummen von durchschnittlich 502 Stunden (KBV-Modell) bzw. 499 Stunden (GKV-Modell) je Arzt und Quartal beziehen sich allein auf die über die KV abgerechneten Gebührenordnungsziffern. Der Anteil der Einnahmen, die nicht über die KV vereinnahmt werden, beträgt – dies ist Ergebnis der Kostenstrukturanalyse des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2007 - bei Radiologen 40,6 % (West: 42,6 %; Ost: 26,4 %).

Insgesamt deuten die Ergebnisse, die ja allenfalls Hinweise auf Plausibilität der Kalkulationsannahmen geben können, darauf hin, dass die Kalkulationszeiten im EBM bei Radiologen angemessen angesetzt wurden. Die Werte für die Quartalszeiten liegen beim KBV-Modell und beim GKV-Modell nur leicht unter dem Referenzwert von 511 Stunden je Arzt und Quartal.

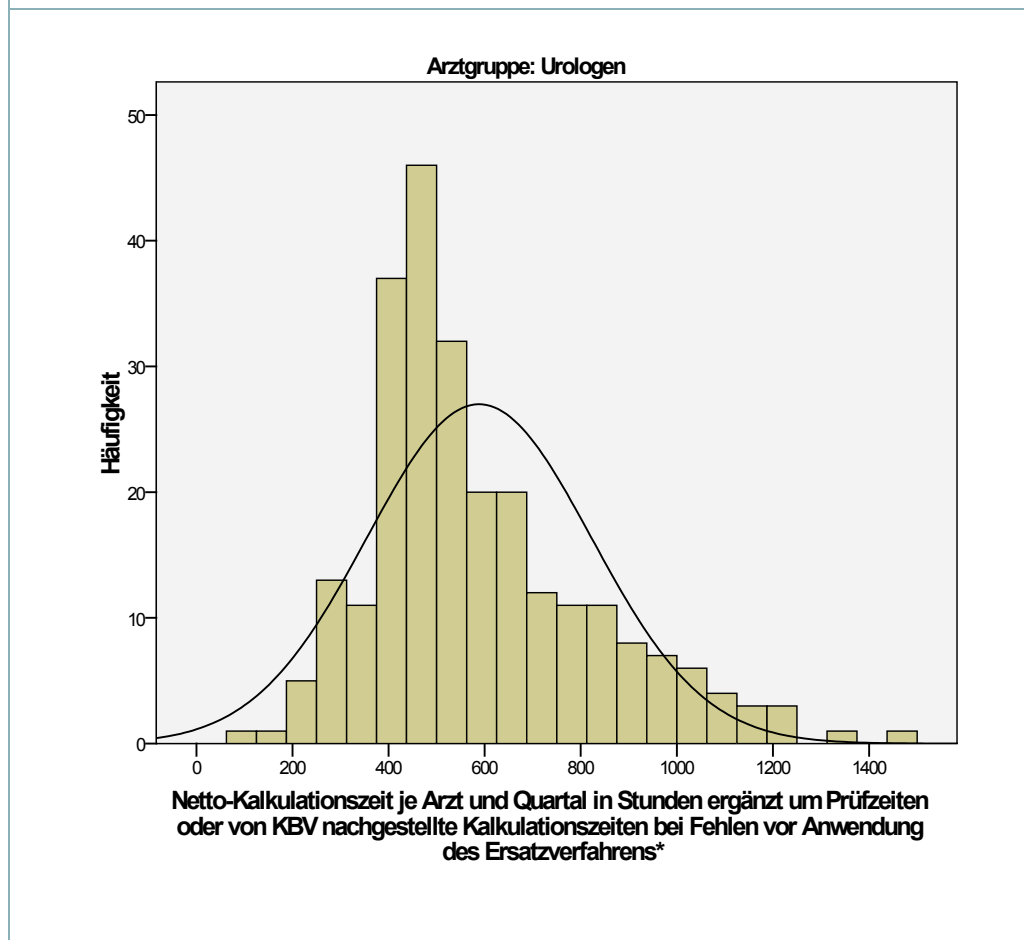


3.13 Urologen

Für Urologen ergibt sich im gewichteten Mittel nach dem KBV-Modell eine errechnete Arztzeit (Summe Zeit/Summe Ärzte) von 581 Stunden im Quartal. Nach dem GKV-Modell fällt der Wert mit 599 Stunden etwas höher aus. Bei der Evaluation des EBM 2000plus war ein Wert von 460 Stunden je Quartal (i.w.S.) errechnet worden. Bezieht man die errechnete Zeit auf die Zahl der Abrechnungsfälle, so ergeben sich Zeiten von 33 Minuten (KBV-Modell) bzw. 34 Minuten (GKV-Modell) je Fall. Im Rahmen der Evaluation des EBM 2000plus hatte sich hier ein Wert von 28 Minuten (i.w.S.) ergeben.

Bei dem KBV-Modell liegt der Median bei 530 Stunden je Arzt im Quartal. Dabei zeigt sich bei den insgesamt 253 Praxen bei der Streuung eine linkssteile Verteilung.

Abbildung 37: **Urologen: Streuung der errechneten Zeitsummen nach KBV-Modell**



Klammert man jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich bei dem KBV-Modell eine Spannweite zwischen 279 und 1.061 Stunden je Arzt im Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 431 und 720 Stunden. Das bedeutet, dass ein Viertel der Urologen eine errechnete Zeitsumme von mehr als 720 Stunden pro Quartal aufweist. Bei dem KBV-Modell liegen 52,6 % aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal.

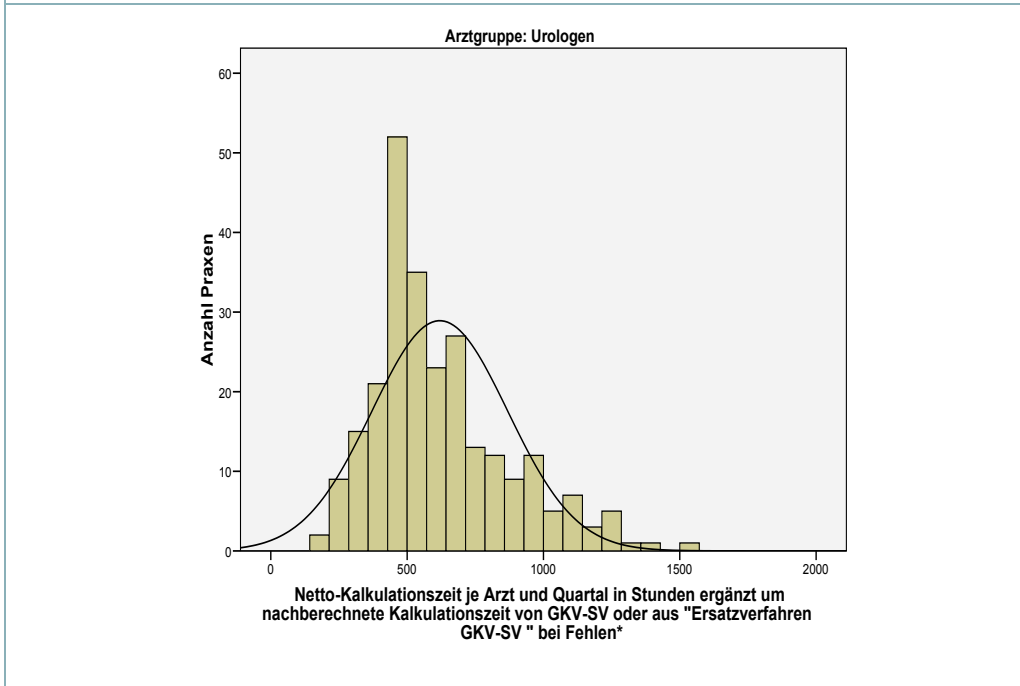
Tabelle 33: Streuung errechneter Zeitsummen* je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Urologen						
Urologen	Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden ergänzt um Prüfzeiten und nachgestellte Kalkulationszeit von KBV bei Fehlen					
	5. Perzentil	25. Perzentil	Median	75. Perzentil	95. Perzentil	Praxen insgesamt
Eval. EBM 2000+	213	326	416	531	750	282
KBV-Modell**	279	431	530	720	1.061	253
GKV-Modell	288	451	559	747	1.125	253

* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus „Ersatzverfahren GKV-SV“ ergänzt bei Fehlen.
 ** vor Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Abrechnungsdaten III/2005 und Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Bei dem GKV-Modell ergeben sich für Urologen etwas höhere Werte. Hier liegt der Median bei 559 Stunden, bei linkssteiler Verteilung. Klammert man auch hier jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich eine Spannweite zwischen 288 und 1.125 Stunden je Arzt und Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 451 und 747 Stunden. Ein Viertel der Urologen weist nach diesem Berechnungsmodell Quartalszeiten von mehr als 747 Stunden auf. Bei dem GKV-Modell liegen 59,3 % aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal.

Abbildung 38: **Urologen: Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-Modell**



Die folgende Tabelle zeigt, dass die Ärzte mit steigenden errechneten Zeiten auch eine höhere Zahl an Abrechnungsfällen aufweisen.

Tabelle 34: **Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme* in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Urologen**

Quartil	Eval. EBM 2000+		KBV-Modell**		GKV-Modell	
	Nettozeit	Fälle	Nettozeit	Fälle	Nettozeit	Fälle
	je Arzt und Quartal					
1. Quartil	unter 300	647	unter 431	660	unter 451	664
2. Quartil	300 bis unter 420	882	431 bis unter 530	913	451 bis unter 559	916
3. Quartil	420 bis unter 540	1.044	530 bis unter 720	1.111	559 bis unter 747	1.108
4. Quartil	540 und mehr	1.527	720 und mehr	1.687	747 und mehr	1.689
Gesamt	gesamt	1.024	gesamt	1.060	gesamt	1.060

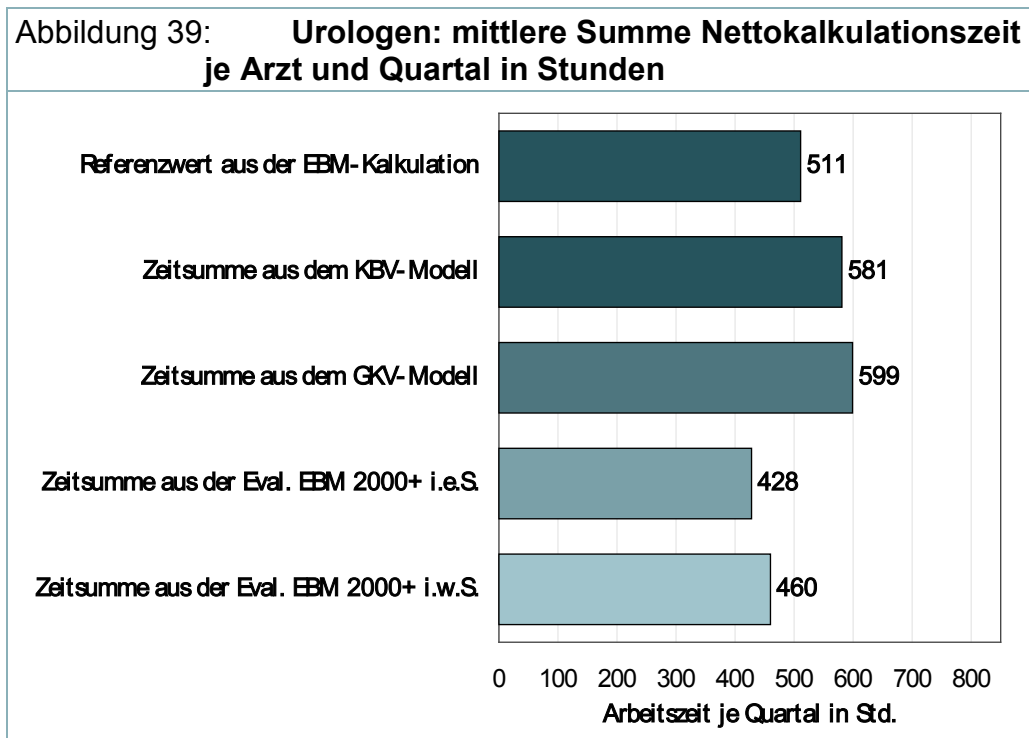
* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen

** nach Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Abrechnungsdaten III/2005 und Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Die errechneten Zeitsummen von durchschnittlich 581 Stunden (KBV-Modell) bzw. 599 Stunden (GKV-Modell) je Arzt und Quartal beziehen sich allein auf die über die KV abgerechneten Gebührenordnungsziffern. Der Anteil der Einnahmen, die nicht über die KV vereinnahmt werden, beträgt – dies ist Ergebnis der Kostenstrukturanalyse des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2007 - bei Urologen 37,6 % (West: 39,5 %; Ost: 26 %).

Insgesamt deuten die Ergebnisse, die ja allenfalls Hinweise auf Plausibilität der Kalkulationsannahmen geben können, darauf hin, dass die Kalkulationszeiten im EBM bei Urologen ggf. zu hoch angesetzt wurden. Die Werte für die Quartalszeiten liegen beim KBV-Modell und deutlicher beim GKV-Modell über dem Referenzwert von 511 Stunden je Arzt und Quartal.

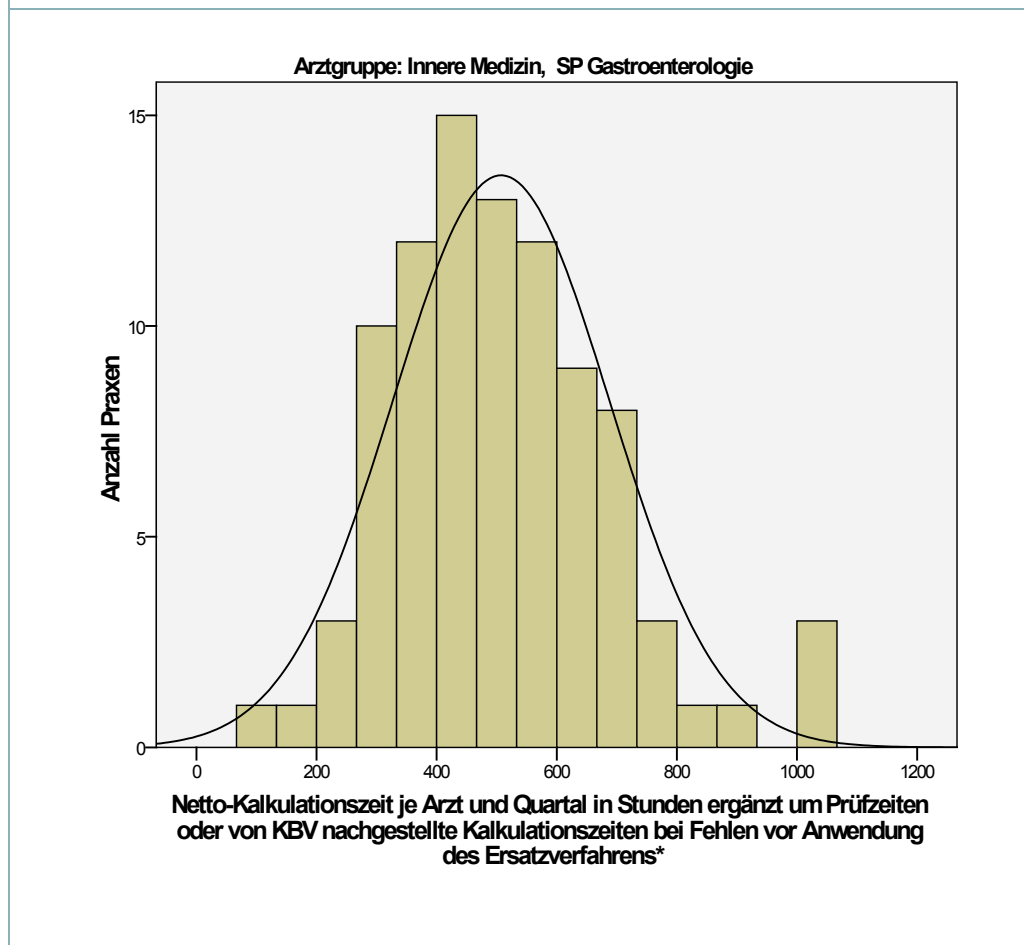


3.14 Internisten, Schwerpunkt Gastroenterologie

Für Gastroenterologen ergibt sich im gewichteten Mittel nach dem KBV-Modell eine errechnete Arztzeit (Summe Zeit/Summe Ärzte) von 504 Stunden im Quartal. Nach dem GKV-Modell fällt der Wert mit 532 Stunden höher aus. Bei der Evaluation des EBM 2000plus wurde diese Arztgruppe nicht berücksichtigt. Bezieht man die errechnete Zeit auf die Zahl der Abrechnungsfälle, so ergeben sich Zeiten von 38 Minuten (KBV-Modell) bzw. 40 Minuten (GKV-Modell) je Fall.

Bei dem KBV-Modell liegt der Median bei 495 Stunden je Arzt im Quartal. Dabei zeigt sich bei den insgesamt 92 Praxen bei der Streuung eine annähernde (leicht linkssteile) Normalverteilung.

Abbildung 40: **Internisten, Schwerpunkt Gastroenterologie: Streuung der errechneten Zeitsummen nach KBV-Modell**



Klammert man jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich bei dem KBV-Modell eine Spannweite zwischen 265 und 850 Stunden je Arzt im Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 387 und 613 Stunden. Das bedeutet, dass ein Viertel der Gastroenterologen eine errechnete Zeitsumme von mehr als 613 Stunden pro Quartal aufweist. Bei dem KBV-Modell liegen 42,4 % aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal..

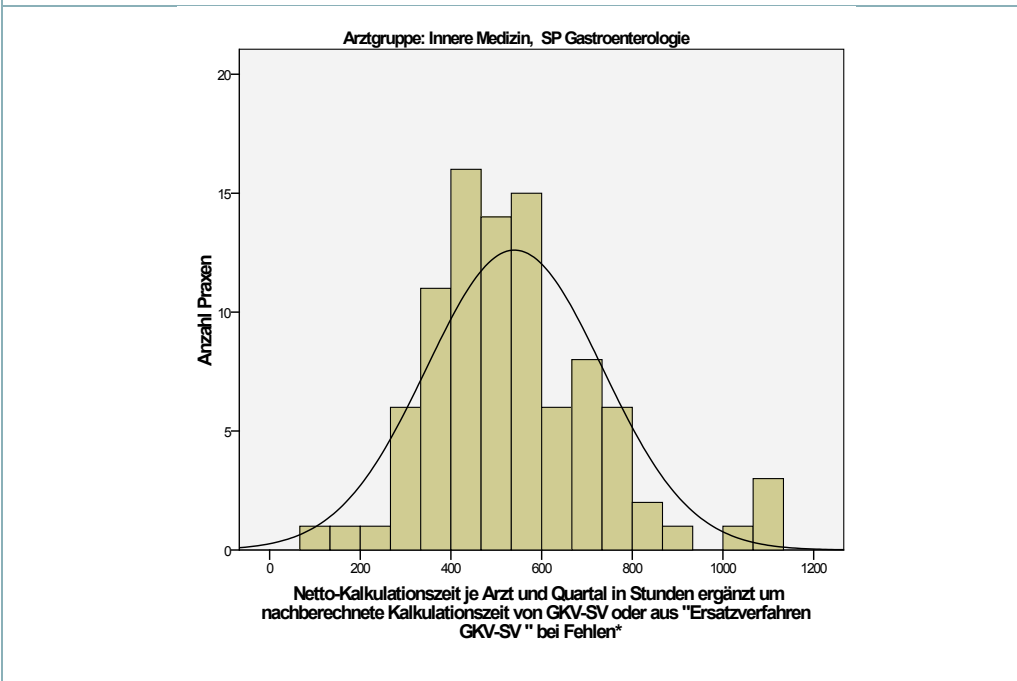
Tabelle 35: Streuung errechneter Zeitsummen* je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Internisten, Schwerpunkt Gastroenterologie						
Internisten, Schwerpunkt Gastroenterologie	Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden ergänzt um Prüfzeiten und nachgestellte Kalkulationszeit von KBV bei Fehlen					
	5. Perzentil	25. Perzentil	Median	75. Perzentil	95. Perzentil	Praxen insgesamt
KBV-Modell**	265	387	495	613	850	92
GKV-Modell	284	412	517	656	959	92

* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus „Ersatzverfahren GKV-SV“ ergänzt bei Fehlen.
** vor Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Bei dem GKV-Modell ergeben sich für Gastroenterologen höhere Werte. Hier liegt der Median bei 517 Stunden, bei annähernder (leicht linkssteiler) Normalverteilung. Klammert man auch hier jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich eine Spannweite zwischen 284 und 959 Stunden je Arzt und Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 412 und 656 Stunden. Ein Viertel der Gastroenterologen weist nach diesem Berechnungsmodell Quartalszeiten von mehr als 656 Stunden auf. Bei dem GKV-Modell liegen 51,1 % aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal.

Abbildung 41: **Internisten, Schwerpunkt Gastroenterologie: Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-Modell**



Die folgende Tabelle zeigt, dass die Ärzte mit steigenden errechneten Zeiten auch eine höhere Zahl an Abrechnungsfällen aufweisen.

Tabelle 36: **Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme* in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Internisten, Schwerpunkt Gastroenterologie**

Quartil	KBV-Modell**		GKV-Modell	
	Nettozeit	Fälle	Nettozeit	Fälle
	je Arzt und Quartal			
1. Quartil	unter 387	488	unter 412	488
2. Quartil	387 bis unter 495	753	412 bis unter 517	762
3. Quartil	495 bis unter 613	862	517 bis unter 656	850
4. Quartil	613 und mehr	1.184	656 und mehr	1.184
Gesamt	gesamt	803	gesamt	803

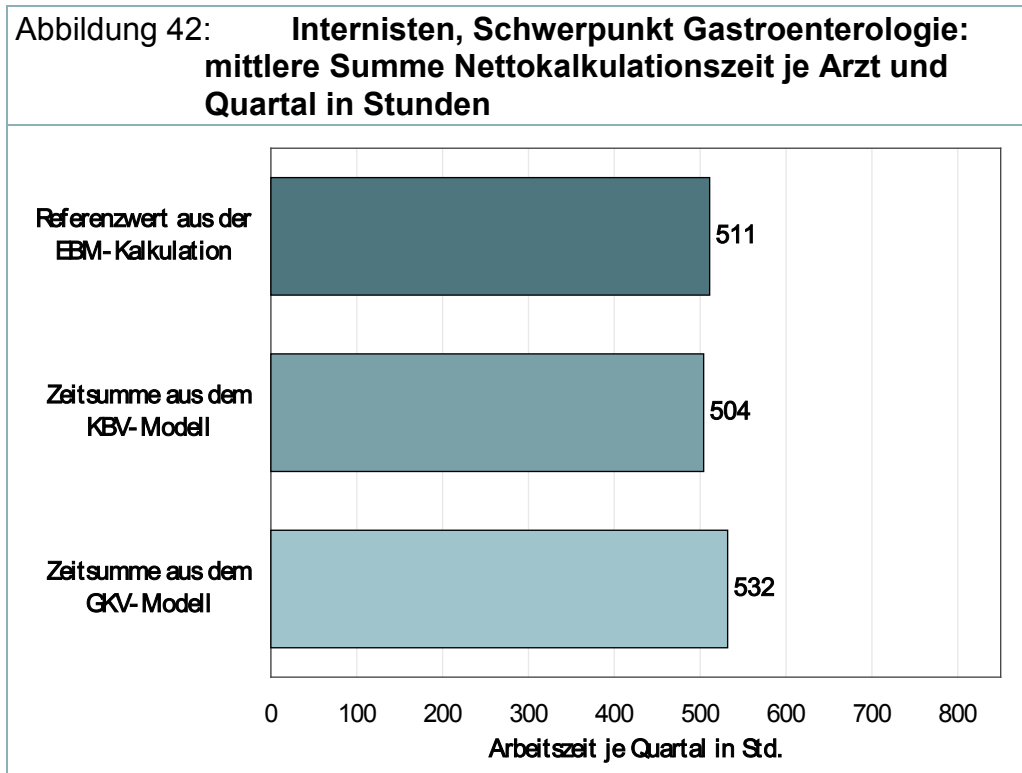
* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen

** nach Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Die errechneten Zeitsummen von durchschnittlich 504 Stunden (KBV-Modell) bzw. 532 Stunden (GKV-Modell) je Arzt und Quartal beziehen sich allein auf die über die KV abgerechneten Gebührenordnungsziffern. Der Anteil der Einnahmen, die nicht über die KV vereinnahmt werden, liegt aus der Kostenstrukturanalyse des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2007 nicht vor. Bei der Gruppe der Internisten insgesamt beträgt dieser Anteil 25 % (West: 27,8 %; Ost: 10,1 %).

Insgesamt deuten die Ergebnisse, die ja allenfalls Hinweise auf Plausibilität der Kalkulationsannahmen geben können, darauf hin, dass die Kalkulationszeiten im EBM bei Gastroenterologen ungefähr richtig angesetzt wurden. Die Werte für die Quartalszeiten liegen beim KBV-Modell leicht unter, beim GKV-Modell jedoch über dem Referenzwert von 511 Stunden je Arzt und Quartal.

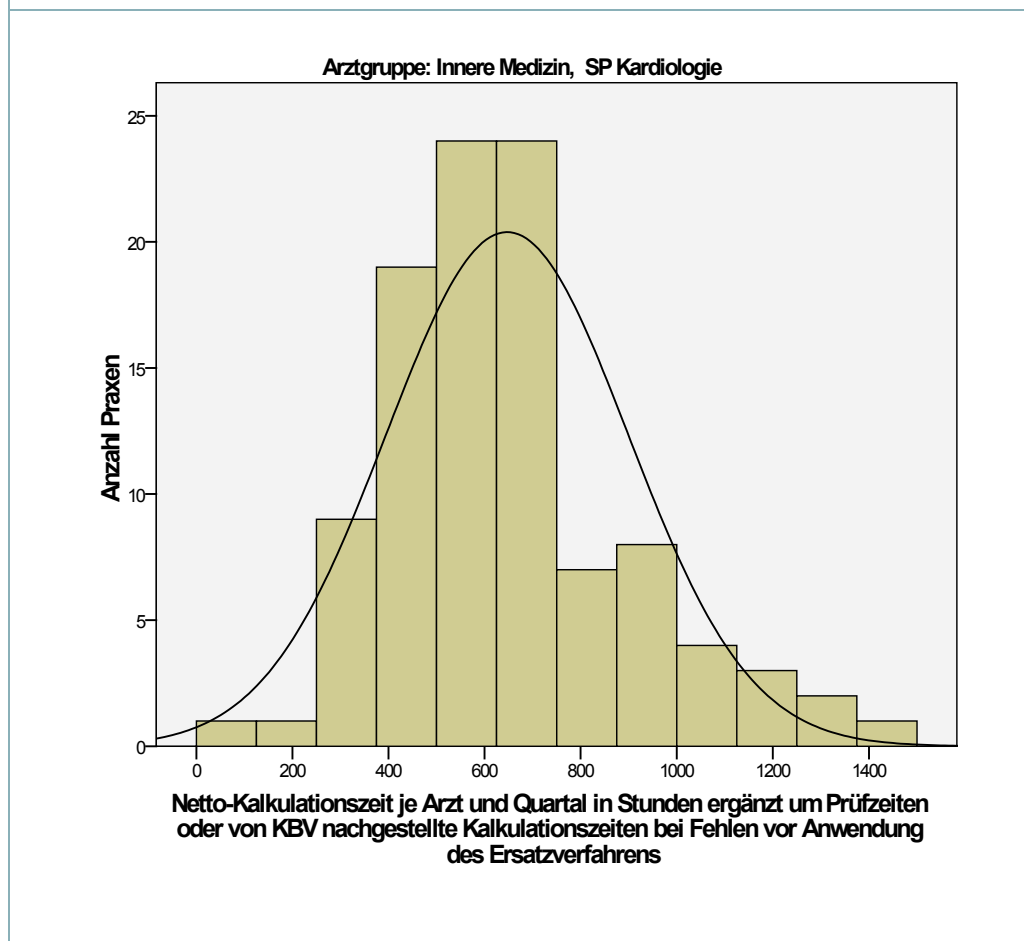


3.15 Internisten, Schwerpunkt Kardiologie

Für Kardiologen ergibt sich im gewichteten Mittel nach dem KBV-Modell eine errechnete Arztzeit (Summe Zeit/Summe Ärzte) von 618 Stunden im Quartal. Nach dem GKV-Modell fällt der Wert mit 684 Stunden deutlich höher aus. Bei der Evaluation des EBM 2000plus wurde diese Arztgruppe nicht berücksichtigt. Bezieht man die errechnete Zeit auf die Zahl der Abrechnungsfälle, so ergeben sich Zeiten von 50 Minuten (KBV-Modell) bzw. 56 Minuten (GKV-Modell) je Fall.

Bei dem KBV-Modell liegt der Median bei 611 Stunden je Arzt im Quartal. Dabei zeigt sich bei den insgesamt 103 Praxen bei der Streuung eine annähernde (leicht rechtsschiefe) Normalverteilung.

Abbildung 43: **Internisten, Schwerpunkt Kardiologie: Streuung der errechneten Zeitsummen nach KBV-Modell**



Klammert man jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich bei dem KBV-Modell eine Spannweite zwischen 281 und 1.204 Stunden je Arzt im Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 488 und 745 Stunden. Das bedeutet, dass ein Viertel der Kardiologen eine errechnete Zeitsumme von mehr als 745 Stunden pro Quartal aufweist. Bei dem KBV-Modell liegen 68,9 % aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal.

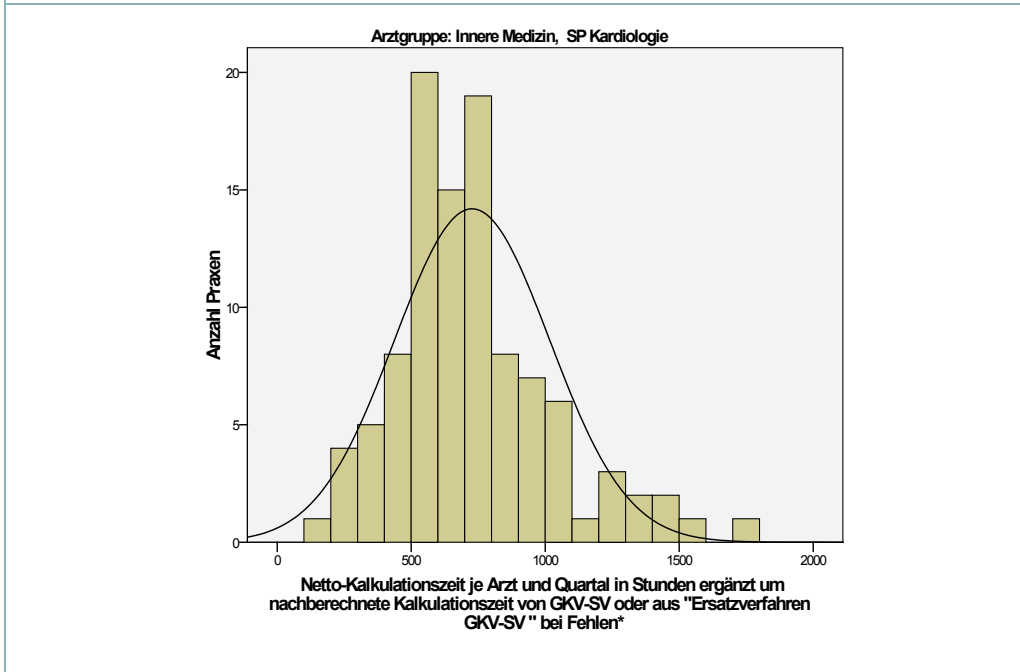
Tabelle 37: Streuung errechneter Zeitsummen* je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Internisten, Schwerpunkt Kardiologie						
Internisten, Schwerpunkt Kardiologie	Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden ergänzt um Prüfzeiten und nachgestellte Kalkulationszeit von KBV bei Fehlen					
	5. Perzentil	25. Perzentil	Median	75. Perzentil	95. Perzentil	Praxen insgesamt
KBV-Modell**	281	488	611	745	1.204	103
GKV-Modell	303	538	682	836	1.363	103

* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus „Ersatzverfahren GKV-SV“ ergänzt bei Fehlen.
 ** vor Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Bei dem GKV-Modell ergeben sich für Kardiologen deutlich höhere Werte. Hier liegt der Median bei 682 Stunden, bei annähernder (leicht linkssteiler) Normalverteilung. Klammert man auch hier jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich eine Spannweite zwischen 303 und 1.363 Stunden je Arzt und Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 538 und 836 Stunden. Ein Viertel der Kardiologen weist nach diesem Berechnungsmodell Quartalszeiten von mehr als 836 Stunden auf. Für drei Viertel der Ärzte liegt eine Quartalszeit von mehr als 538 Stunden vor. Bei dem GKV-Modell liegen 80,6 % aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal.

Abbildung 44: **Internisten, Schwerpunkt Kardiologie: Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-Modell**



Die folgende Tabelle zeigt, dass die Ärzte mit steigenden errechneten Zeiten auch eine höhere Zahl an Abrechnungsfällen aufweisen.

Tabelle 38: **Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme* in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Internisten, Schwerpunkt Kardiologie**

	KBV-Modell**		GKV-Modell	
	Nettozeit	Fälle	Nettozeit	Fälle
Quartil	je Arzt und Quartal			
1. Quartil	unter 488	457	unter 538	473
2. Quartil	488 bis unter 611	639	538 bis unter 682	642
3. Quartil	611 bis unter 745	781	682 bis unter 836	772
4. Quartil	745 und mehr	1.214	836 und mehr	1.232
Gesamt	gesamt	735	gesamt	735

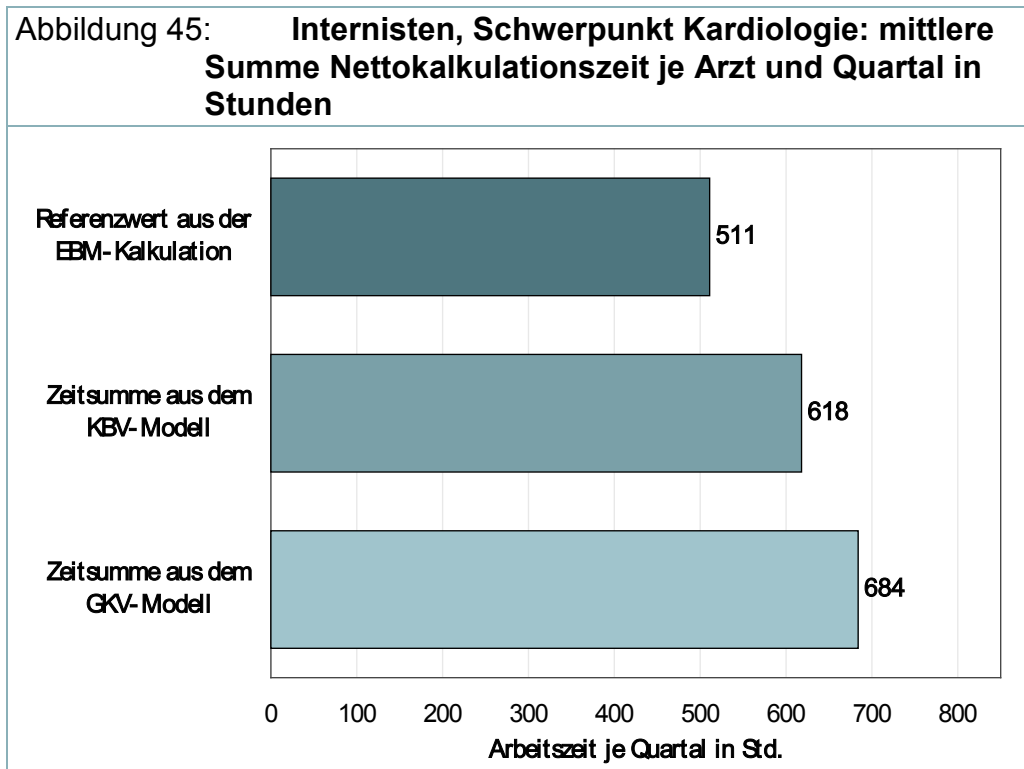
* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen

** nach Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Abrechnungsdaten III/2005 und Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Die errechneten Zeitsummen von durchschnittlich 618 Stunden (KBV-Modell) bzw. 684 Stunden (GKV-Modell) je Arzt und Quartal beziehen sich allein auf die über die KV abgerechneten Gebührenordnungsziffern. Der Anteil der Einnahmen, die nicht über die KV vereinnahmt werden, liegt aus der Kostenstrukturanalyse des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2007 nicht vor. Bei der Gruppe der Internisten insgesamt beträgt dieser Anteil 25 % (West: 27,8 %; Ost: 10,1 %).

Insgesamt deuten die Ergebnisse, die ja allenfalls Hinweise auf Plausibilität der Kalkulationsannahmen geben können, darauf hin, dass die Kalkulationszeiten im EBM bei Kardiologen ggf. zu hoch angesetzt wurden. Die Werte für die Quartalszeiten liegen sowohl beim KBV-Modell als auch beim GKV-Modell (hier noch ausgeprägter) deutlich über dem Referenzwert von 511 Stunden je Arzt und Quartal.

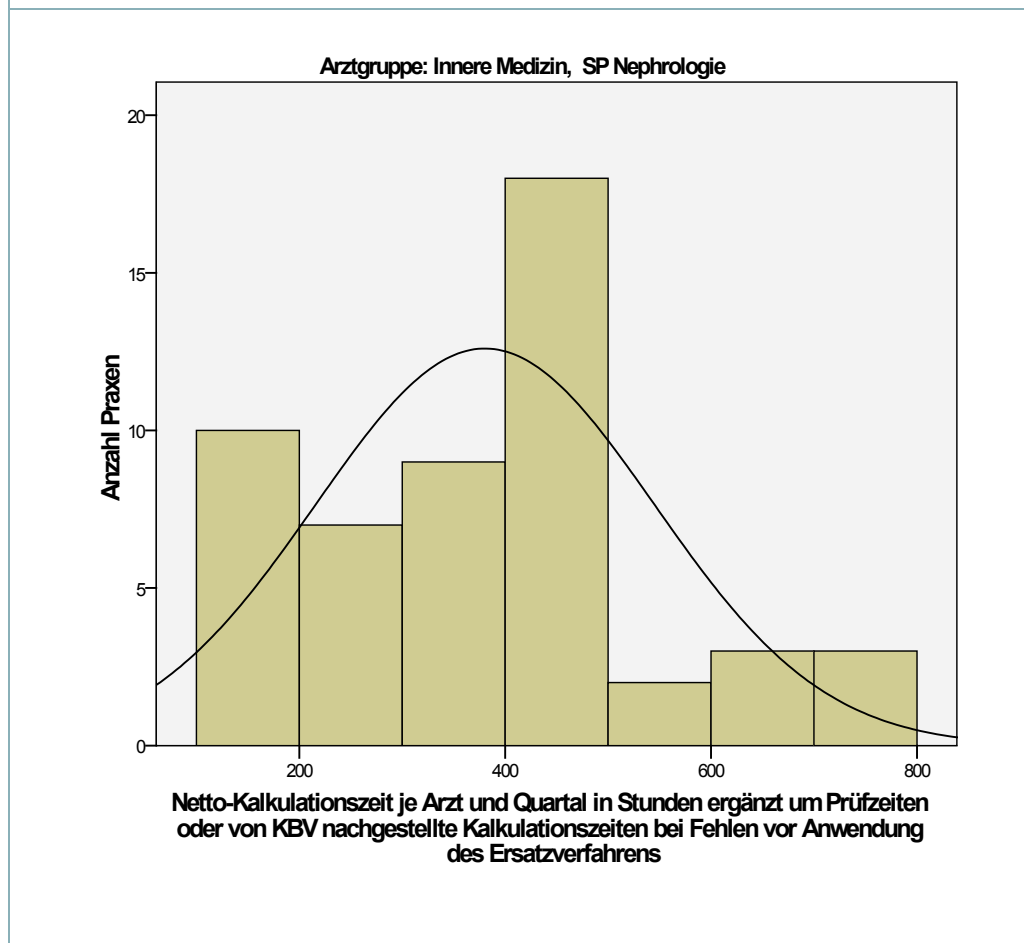


3.16 Internisten, Schwerpunkt Nephrologie

Für Nephrologen ergibt sich im gewichteten Mittel nach dem KBV-Modell eine errechnete Arztzeit (Summe Zeit/Summe Ärzte) von 385 Stunden im Quartal. Nach dem GKV-Modell fällt der Wert mit 483 Stunden deutlich höher aus. Bei der Evaluation des EBM 2000plus wurde diese Arztgruppe nicht berücksichtigt. Bezieht man die errechnete Zeit auf die Zahl der Abrechnungsfälle, so ergeben sich Zeiten von 77 Minuten (KBV-Modell) bzw. 97 Minuten (GKV-Modell) je Fall.

Bei dem KBV-Modell liegt der Median bei 397 Stunden je Arzt im Quartal. Dabei zeigt sich bei den insgesamt 52 Praxen eine deutliche Streuung mit linksschiefer Verteilung.

Abbildung 46: **Internisten, Schwerpunkt Nephrologie:
Streuung der errechneten Zeitsummen nach KBV-
Modell**



Klammert man jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich bei dem KBV-Modell eine Spannweite zwischen 138 und 760 Stunden je Arzt im Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 243 und 458 Stunden. Das bedeutet, dass ein Viertel der Nephrologen eine errechnete Zeitsumme von mehr als 458 Stunden pro Quartal aufweist. Bei dem KBV-Modell liegen 13,5 % aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal.

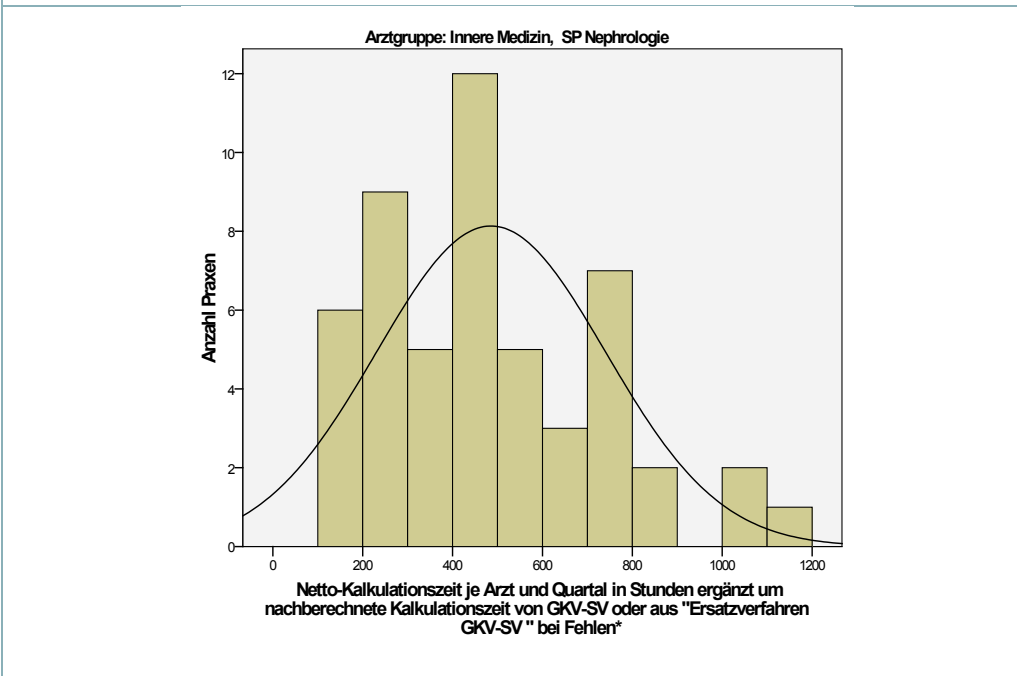
Tabelle 39: Streuung errechneter Zeitsummen* je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Internisten, Schwerpunkt Nephrologie						
Internisten, Schwerpunkt Nephrologie	Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden ergänzt um Prüfzeiten und nachgestellte Kalkulationszeit von KBV bei Fehlen					
	5. Perzentil	25. Perzentil	Median	75. Perzentil	95. Perzentil	Praxen insgesamt
KBV-Modell**	138	243	397	458	760	52
GKV-Modell	143	261	462	694	1.059	52

* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus „Ersatzverfahren GKV-SV“ ergänzt bei Fehlen.
 ** vor Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Bei dem GKV-Modell ergeben sich für Nephrologen deutlich höhere Werte. Hier liegt der Median bei 462 Stunden, bei leicht rechtsschiefer Verteilung und breiter Streuung. Klammert man auch hier jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich eine Spannweite zwischen 143 und 1.059 Stunden je Arzt und Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 261 und 694 Stunden. Ein Viertel der Nephrologen weist nach diesem Berechnungsmodell Quartalszeiten von mehr als 694 Stunden auf. Bei dem GKV-Modell liegen 38,5 % aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal.

Abbildung 47: **Internisten, Schwerpunkt Nephrologie:
Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-
Modell**



Die folgende Tabelle zeigt, dass die Ärzte mit steigenden errechneten Zeiten auch eine höhere Zahl an Abrechnungsfällen aufweisen.

Tabelle 40: **Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme* in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Internisten, Schwerpunkt Nephrologie**

Quartil	KBV-Modell**		GKV-Modell	
	Nettozeit	Fälle	Nettozeit	Fälle
	je Arzt und Quartal			
1. Quartil	unter 243	314	unter 261	314
2. Quartil	243 bis unter 397	204	261 bis unter 462	197
3. Quartil	397 bis unter 458	252	462 bis unter 694	299
4. Quartil	458 und mehr	484	694 und mehr	443
Gesamt	gesamt	300	gesamt	300

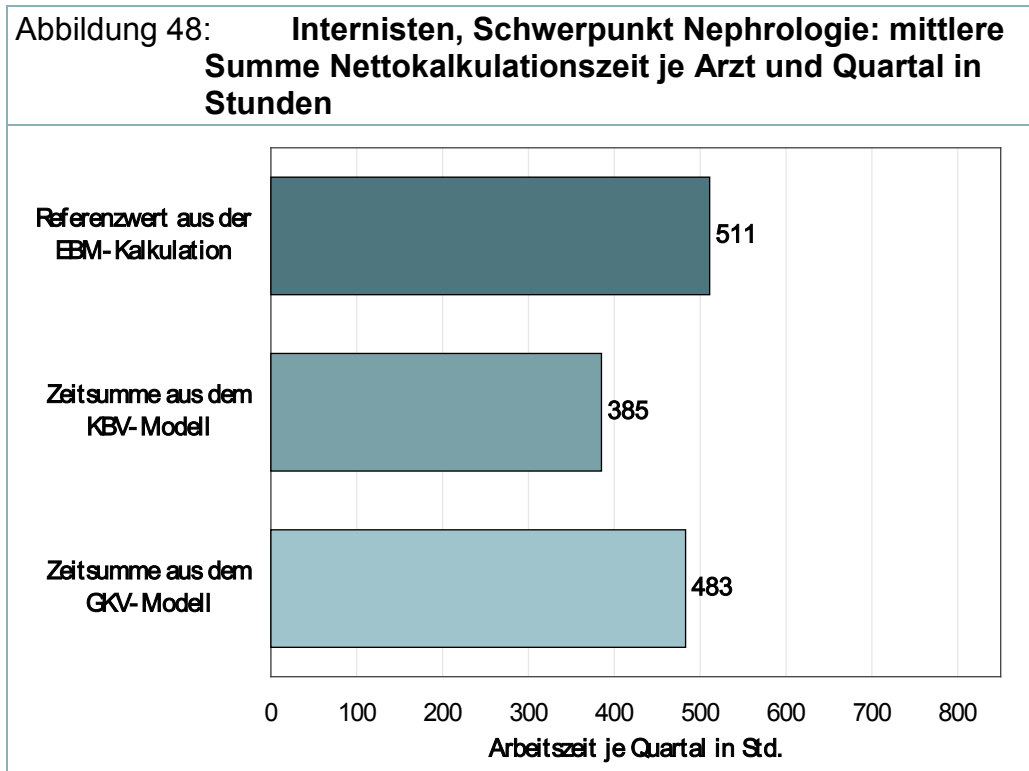
* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen

** nach Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Abrechnungsdaten III/2005 und Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Die errechneten Zeitsummen von durchschnittlich 385 Stunden (KBV-Modell) bzw. 483 Stunden (GKV-Modell) je Arzt und Quartal beziehen sich allein auf die über die KV abgerechneten Gebührenordnungsziffern. Der Anteil der Einnahmen, die nicht über die KV vereinnahmt werden, liegt aus der Kostenstrukturanalyse des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2007 nicht vor. Bei der Gruppe der Internisten insgesamt beträgt dieser Anteil 25 % (West: 27,8 %; Ost: 10,1 %).

Insgesamt deuten die Ergebnisse, die ja allenfalls Hinweise auf Plausibilität der Kalkulationsannahmen geben können, darauf hin, dass die Kalkulationszeiten im EBM bei Nephrologen etwas zu niedrig angesetzt wurden. Die Werte für die Quartalszeiten liegen beim KBV-Modell deutlich unter dem Referenzwert, beim GKV-Modell um 28 Stunden unter dem Referenzwert von 511 Stunden je Arzt und Quartal.

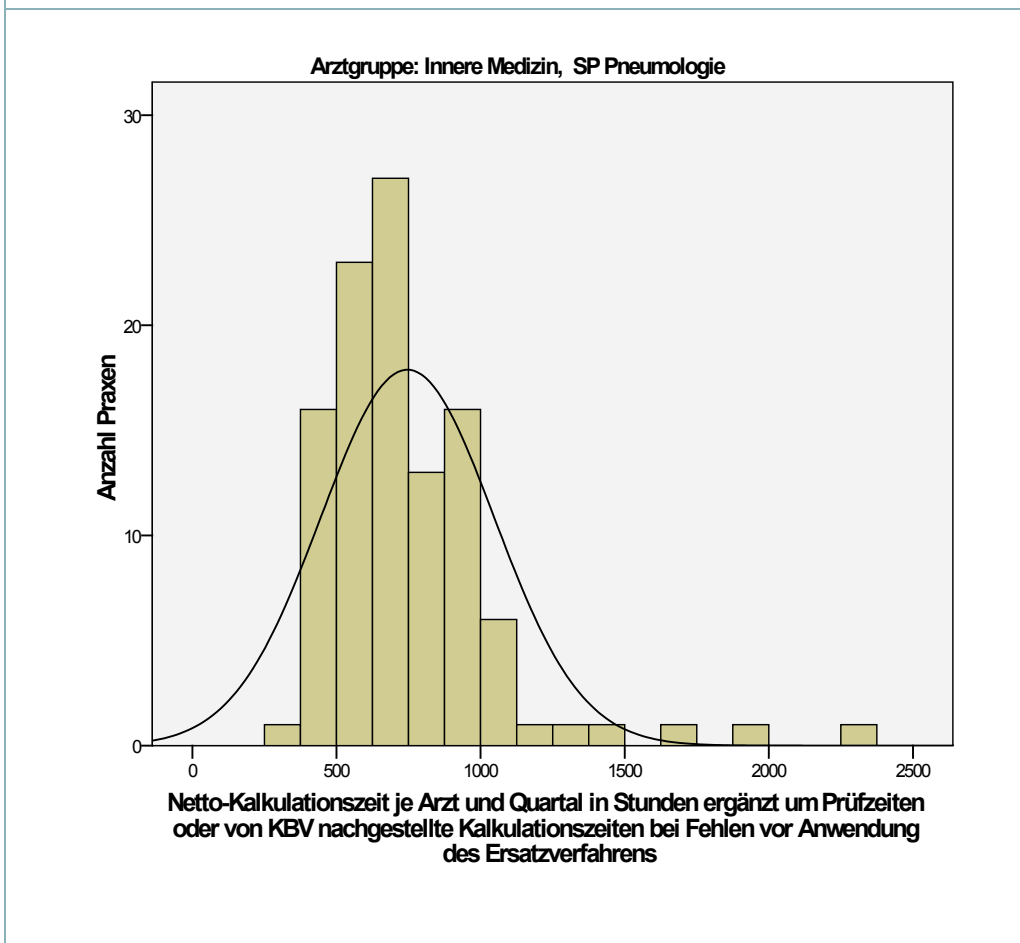


3.17 Internisten, Schwerpunkt Pneumologie

Für Pneumologen ergibt sich im gewichteten Mittel nach dem KBV-Modell eine errechnete Arztzeit (Summe Zeit/Summe Ärzte) von 735 Stunden im Quartal. Nach dem GKV-Modell fällt der Wert mit 801 Stunden deutlich höher aus. Bei der Evaluation des EBM 2000plus wurde diese Arztgruppe nicht berücksichtigt. Bezieht man die errechnete Zeit auf die Zahl der Abrechnungsfälle, so ergeben sich Zeiten von 38 Minuten (KBV-Modell) bzw. 42 Minuten (GKV-Modell) je Fall.

Bei dem KBV-Modell liegt der Median bei 684 Stunden je Arzt im Quartal. Dabei zeigt sich bei den insgesamt 108 Praxen bei der Streuung eine linkssteile Verteilung.

Abbildung 49: **Internisten, Schwerpunkt Pneumologie:
Streuung der errechneten Zeitsummen nach KBV-
Modell**



Klammert man jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich bei dem KBV-Modell eine Spannweite zwischen 443 und 1.295 Stunden je Arzt im Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 559 und 879 Stunden. Das bedeutet, dass ein Viertel der Pneumologen eine errechnete Zeitsumme von mehr als 879 Stunden pro Quartal aufweist. Bei drei Viertel der Ärzte ergibt sich eine Zeit von mehr als 559 Stunden im Quartal. Bei dem KBV-Modell liegen 83,3 % aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal.

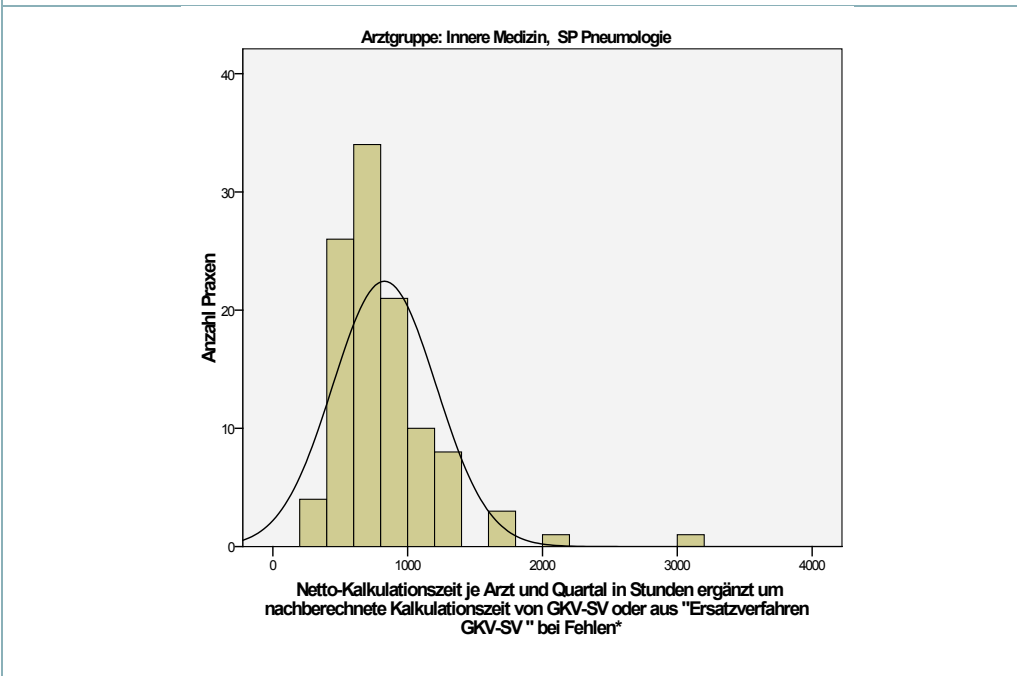
Tabelle 41: Streuung errechneter Zeitsummen* je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Internisten, Schwerpunkt Pneumologie						
Internisten, Schwerpunkt Pneumologie	Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden ergänzt um Prüfzeiten und nachgestellte Kalkulationszeit von KBV bei Fehlen					Praxen insgesamt
	5. Perzentil	25. Perzentil	Median	75. Perzentil	95. Perzentil	
KBV-Modell**	443	559	684	879	1.295	108
GKV-Modell	444	586	728	977	1.475	108

* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus „Ersatzverfahren GKV-SV“ ergänzt bei Fehlen.
 ** vor Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Bei dem GKV-Modell ergeben sich für Pneumologen noch höhere Werte. Hier liegt der Median bei 728 Stunden, bei linkssteiler Verteilung. Klammert man auch hier jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich eine Spannweite zwischen 444 und 1.475 Stunden je Arzt und Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 586 und 977 Stunden. Ein Viertel der Pneumologen weist nach diesem Berechnungsmodell Quartalszeiten von mehr als 977 Stunden auf. Bei drei Viertel der Ärzte beträgt die Quartalszeit mehr als 586 Stunden. Bei dem GKV-Modell liegen 87 % aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal.

Abbildung 50: **Internisten, Schwerpunkt Pneumologie:
Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-
Modell**



Die folgende Tabelle zeigt, dass die Ärzte mit steigenden errechneten Zeiten auch eine höhere Zahl an Abrechnungsfällen aufweisen.

Tabelle 42: **Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme* in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Internisten, Schwerpunkt Pneumologie**

Quartil	KBV-Modell**		GKV-Modell	
	Nettozeit	Fälle	Nettozeit	Fälle
	je Arzt und Quartal			
1. Quartil	unter 559	807	unter 586	799
2. Quartil	559 bis unter 684	1.059	586 bis unter 728	1.067
3. Quartil	684 bis unter 879	1.213	728 bis unter 977	1.213
4. Quartil	879 und mehr	1.589	977 und mehr	1.607
Gesamt	gesamt	1.149	gesamt	1.149

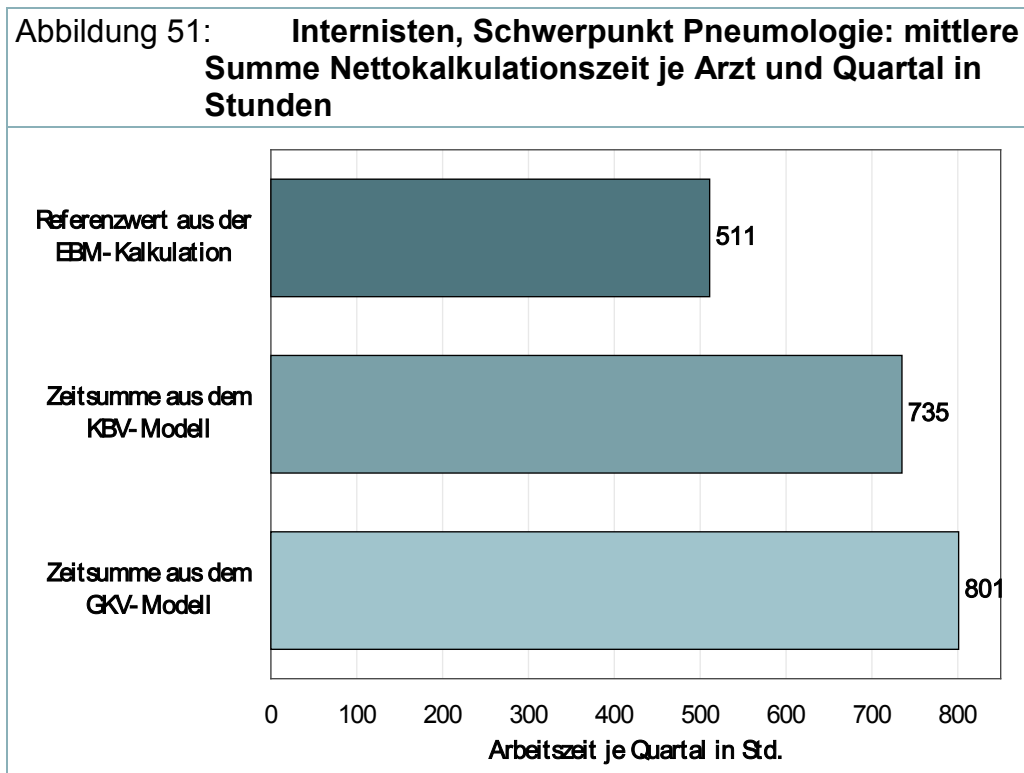
* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen

** nach Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Abrechnungsdaten III/2005 und Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Die errechneten Zeitsummen von durchschnittlich 735 Stunden (KBV-Modell) bzw. 801 Stunden (GKV-Modell) je Arzt und Quartal beziehen sich allein auf die über die KV abgerechneten Gebührenordnungsziffern. Der Anteil der Einnahmen, die nicht über die KV vereinnahmt werden, liegt aus der Kostenstrukturanalyse des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2007 nicht vor. Bei der Gruppe der Internisten insgesamt beträgt dieser Anteil 25 % (West: 27,8 %; Ost: 10,1 %).

Insgesamt deuten die Ergebnisse, die ja allenfalls Hinweise auf Plausibilität der Kalkulationsannahmen geben können, darauf hin, dass die Kalkulationszeiten im EBM bei Pneumologen zu hoch angesetzt wurden. Die Werte für die Quartalszeiten liegen sowohl beim KBV-Modell wie auch beim GKV-Modell (und hier noch ausgeprägter) deutlich über dem Referenzwert von 511 Stunden je Arzt und Quartal.

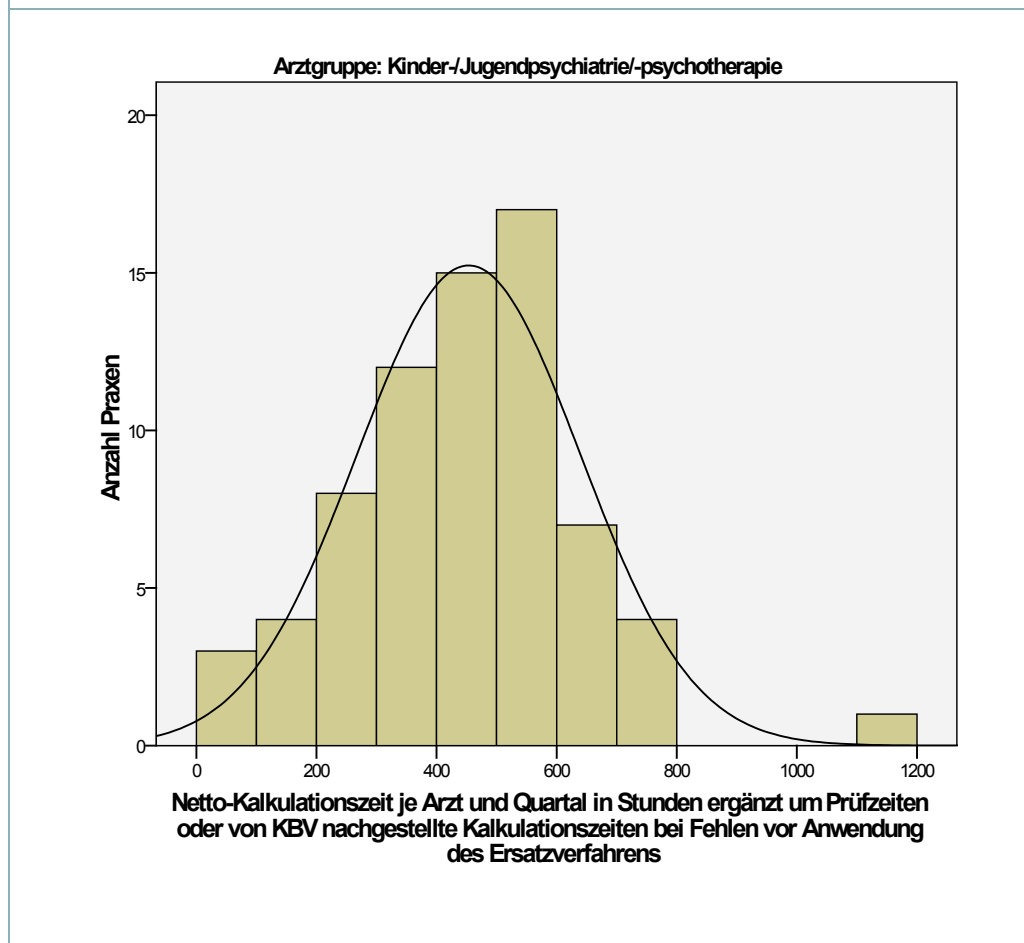


3.18 Kinder-/Jugendpsychiatrie/-psychotherapie

Für Kinder-/Jugendpsychiater und -psychotherapeuten ergibt sich im gewichteten Mittel nach dem KBV-Modell eine errechnete Arztzeit (Summe Zeit/Summe Ärzte) von 463 Stunden im Quartal. Nach dem GKV-Modell ergibt sich mit 466 Stunden ein ähnlicher Wert. Bei der Evaluation des EBM 2000plus wurde diese Arztgruppe nicht berücksichtigt. Bezieht man die errechnete Zeit auf die Zahl der Abrechnungsfälle, so ergeben sich Zeiten von 98 Minuten (KBV-Modell) bzw. 99 Minuten (GKV-Modell) je Fall.

Bei dem KBV-Modell liegt der Median bei 463 Stunden je Arzt im Quartal. Dabei zeigt sich bei den insgesamt 71 Praxen bei der Streuung eine rechtssteile Verteilung.

Abbildung 52: **Kinder-/Jugendpsychiatrie/-psychotherapie: Streuung der errechneten Zeitsummen nach KBV-Modell**



Klammert man jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich bei dem KBV-Modell eine Spannweite zwischen 109 und 734 Stunden je Arzt im Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 348 und 560 Stunden. Das bedeutet, dass ein Viertel der Kinder-/ Jugendpsychiater und -psychotherapeuten eine errechnete Zeitsumme von mehr als 560 Stunden pro Quartal aufweist. Bei dem KBV-Modell liegen 40,8 % aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal.

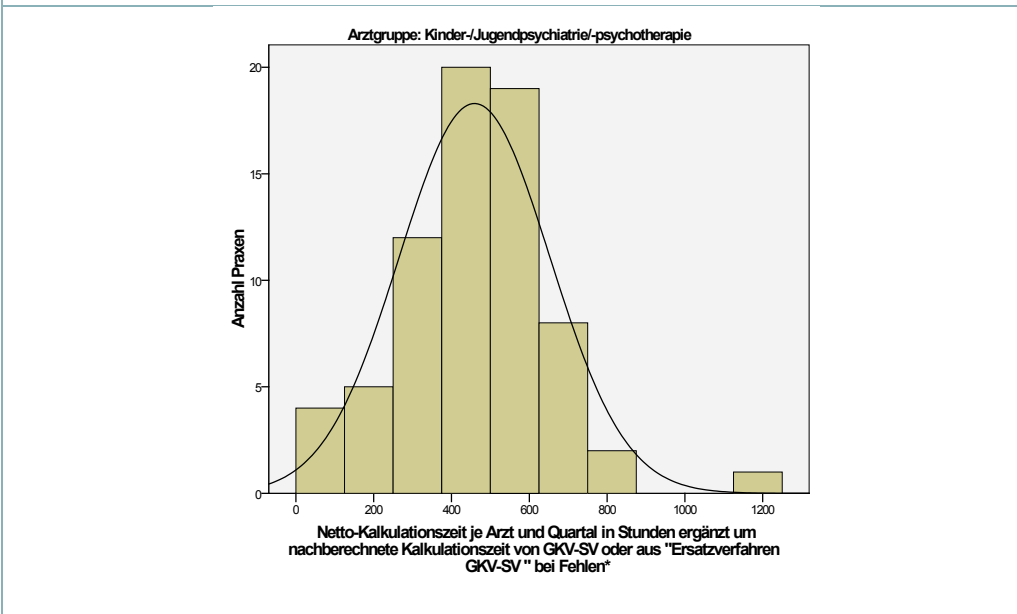
Tabelle 43: Streuung errechneter Zeitsummen* je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Kinder-/Jugendpsychiatrie/-psychotherapie						
Kinder-/Jugendpsychiatrie/-psychotherapie	Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden ergänzt um Prüfzeiten und nachgestellte Kalkulationszeit von KBV bei Fehlen					Praxen insgesamt
	5. Perzentil	25. Perzentil	Median	75. Perzentil	95. Perzentil	
KBV-Modell**	109	348	463	560	734	71
GKV-Modell	109	351	469	569	749	71

* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus „Ersatzverfahren GKV-SV“ ergänzt bei Fehlen.
** vor Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Bei dem GKV-Modell ergeben sich für Kinder-/Jugendpsychiater und -psychotherapeuten höhere Werte. Hier liegt der Median bei 469 Stunden, bei annähernder Normalverteilung. Klammert man auch hier jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich eine Spannweite zwischen 109 und 749 Stunden je Arzt und Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 351 und 569 Stunden. Ein Viertel der Kinder-/Jugendpsychiater und -psychotherapeuten weist nach diesem Berechnungsmodell Quartalszeiten von mehr als 569 Stunden auf. Bei dem GKV-Modell liegen 40,8 % aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal.

Abbildung 53: **Kinder-/Jugendpsychiatrie/-psychotherapie:
Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-
Modell**



Die folgende Tabelle zeigt, dass die Ärzte mit steigenden errechneten Zeiten auch eine höhere Zahl an Abrechnungsfällen aufweisen.

Tabelle 44: **Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme* in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Kinder-/Jugendpsychiatrie/-psychotherapie**

Quartil	KBV-Modell**		GKV-Modell	
	Nettozeit	Fälle	Nettozeit	Fälle
	je Arzt und Quartal			
1. Quartil	unter 348	95	unter 351	98
2. Quartil	348 bis unter 463	217	351 bis unter 469	226
3. Quartil	463 bis unter 560	334	469 bis unter 569	329
4. Quartil	560 und mehr	451	569 und mehr	451
Gesamt	gesamt	283	gesamt	283

* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlern

** nach Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Abrechnungsdaten III/2005 und Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

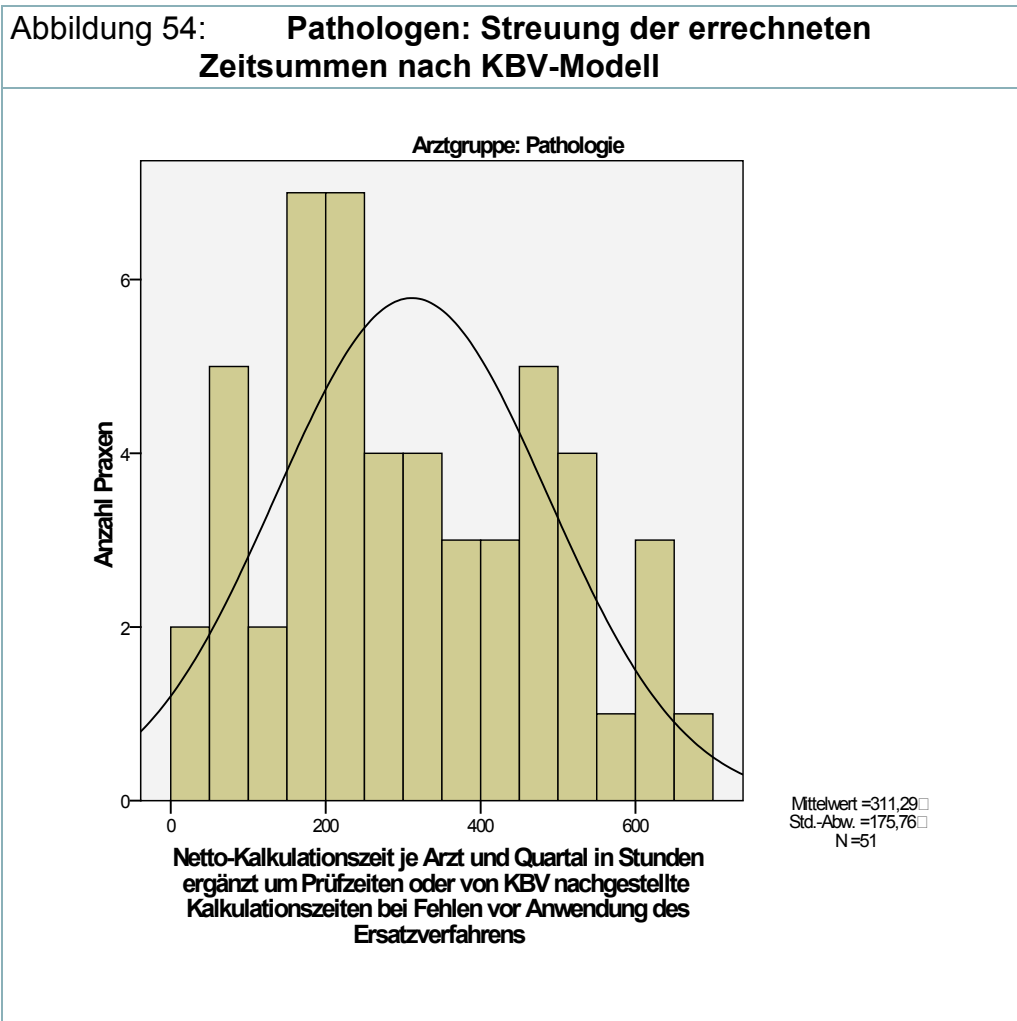
Die errechneten Zeitsummen von durchschnittlich 463 Stunden (KBV-Modell) bzw. 466 Stunden (GKV-Modell) je Arzt und Quartal beziehen sich allein auf die über die KV abgerechneten Gebührenordnungsziffern. Der Anteil der Einnahmen, die nicht über die KV vereinnahmt werden, liegt aus der Kostenstrukturanalyse des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2007 nicht vor. Bei der dort als eine Gruppe zusammengefassten Gruppe der Neurologen, Psychiater, Kinderpsychiater und Psychotherapeuten insgesamt beträgt dieser Anteil 30,3 % (West: 31,4 %; Ost: 19,1 %).

Die Quartalszeiten für die Kinder-/Jugendpsychiater und -psychotherapeuten liegen sowohl beim KBV- als auch beim GKV-Modell unter dem bei anderen Arztgruppen angesetzten Referenzwert von 511 Stunden je Arzt und Quartal. Da jedoch bei der Kalkulation einer Vielzahl der Leistungen, die von den Kinder-/Jugendpsychiatern und -psychotherapeuten erbracht werden, eine deutlich niedrigere Produktivität in den relevanten Kostenstellen zugrunde gelegt wurde (67,5% bzw. 57,5% statt der durchschnittlichen 87,5%), ist ein Vergleich mit dem Referenzwert hier nicht adäquat. Dementsprechend entfallen auch die an dieser Stelle üblicherweise zu findenden Balkendiagramm-Darstellungen.

3.19 Pathologen

Für Pathologen ergibt sich im gewichteten Mittel nach dem KBV-Modell eine errechnete Arztzeit (Summe Zeit/Summe Ärzte) von 312 Stunden im Quartal. Nach dem GKV-Modell fällt der Wert mit 329 Stunden etwas höher aus. Bei der Evaluation des EBM 2000plus wurde diese Arztgruppe nicht berücksichtigt. Bezieht man die errechnete Zeit auf die Zahl der Abrechnungsfälle, so ergeben sich Zeiten von jeweils 5 Minuten je Fall (sowohl im KBV-Modell wie auch im GKV-Modell).

Bei dem KBV-Modell liegt der Median bei 297 Stunden je Arzt im Quartal. Dabei zeigt sich bei den insgesamt 51 Praxen eine breite Streuung mit sehr ungleicher Verteilung.



Klammert man jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich bei dem KBV-Modell eine Spannweite zwischen 47 und 624 Stunden je Arzt im Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 181 und 469 Stunden. Das bedeutet, dass ein Viertel der Pathologen eine errechnete Zeitsumme von mehr als 469 Stunden pro Quartal aufweist. Gleichzeitig weist ein Viertel der Ärzte eine Quartalszeit von weniger als 181 Stunden auf, was einer wöchentlichen Arbeitszeit von weniger als 15 Stunden entspricht. Bei dem KBV-Modell liegen 15,7 % aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal.

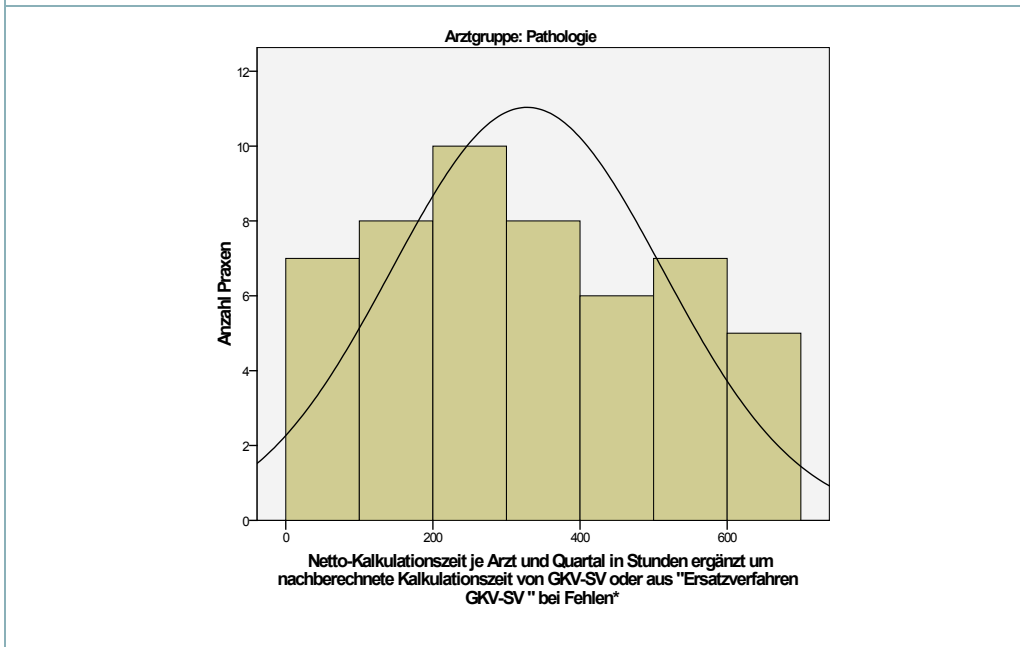
Tabelle 45: Streuung errechneter Zeitsummen* je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Pathologen						
Pathologen	Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden ergänzt um Prüfzeiten und nachgestellte Kalkulationszeit von KBV bei Fehlen					
	5. Perzentil	25. Perzentil	Median	75. Perzentil	95. Perzentil	Praxen insgesamt
KBV-Modell**	47	181	297	469	624	51
GKV-Modell	49	194	308	484	656	51

* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus „Ersatzverfahren GKV-SV“ ergänzt bei Fehlen.
 ** vor Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Bei dem GKV-Modell ergeben sich für Pathologen leicht höhere Werte. Hier liegt der Median bei 308 Stunden, bei breiter Streuung und ungleicher Verteilung. Klammert man auch hier jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich eine Spannweite zwischen 49 und 656 Stunden je Arzt und Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 194 und 484 Stunden. Ein Viertel der Pathologen weist nach diesem Berechnungsmodell Quartalszeiten von mehr als 484 Stunden auf. Bei einem Viertel der Ärzte ergibt sich eine Zeit von weniger als 194 Stunden im Quartal, was einer wöchentlichen Zeit von weniger als 16 Stunden entspricht. Bei dem GKV-Modell liegen 21,6 % aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal.

Abbildung 55: **Pathologen: Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-Modell**



Die folgende Tabelle zeigt, dass die Ärzte mit steigenden errechneten Zeiten auch eine höhere Zahl an Abrechnungsfällen aufweisen. Die Unterschiede sind bei der Fachgruppe der Pathologen besonders ausgeprägt.

Tabelle 46: **Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme* in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Pathologen**

Quartil	KBV-Modell**		GKV-Modell	
	Nettozeit	Fälle	Nettozeit	Fälle
	je Arzt und Quartal			
1. Quartil	unter 181	1.104	unter 194	775
2. Quartil	297 bis unter 469	2.568	194 bis unter 308	2.898
3. Quartil	469 bis unter 624	5.369	308 bis unter 484	5.369
4. Quartil	624 und mehr	6.216	484 und mehr	6.216
Gesamt	gesamt	3.852	gesamt	3.852

* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen

** nach Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Abrechnungsdaten III/2005 und Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Die errechneten Zeitsummen von durchschnittlich 312 Stunden (KBV-Modell) bzw. 329 Stunden (GKV-Modell) je Arzt und Quartal beziehen sich allein auf die über die KV abgerechneten Gebührenordnungsziffern. Der Anteil der Einnahmen, die nicht über die KV vereinnahmt werden, liegt aus der Kostenstrukturanalyse des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2007 nicht vor.

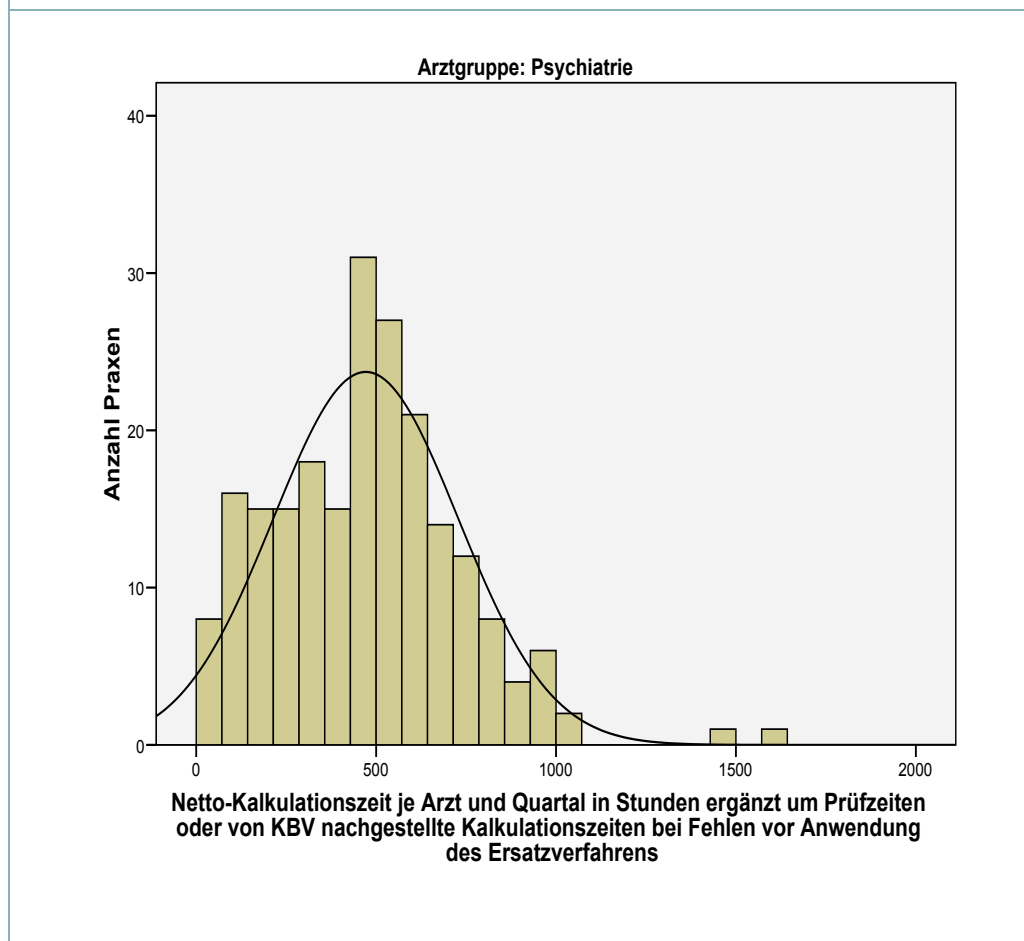
Insgesamt fällt es schwer, für die Arztgruppe der Pathologen eine Aussage hinsichtlich der Plausibilität der Kalkulationsannahmen zu treffen, auch wenn die Werte für die Quartalszeiten sowohl beim KBV-Modell als auch beim GKV-Modell deutlich unter dem Referenzwert von 511 Stunden je Arzt und Quartal liegen.

3.20 Psychiater

Für Psychiater ergibt sich im gewichteten Mittel nach dem KBV-Modell eine errechnete Arztzeit (Summe Zeit/Summe Ärzte) von 481 Stunden im Quartal. Nach dem GKV-Modell fällt der Wert mit 478 Stunden fast gleich aus. Bei der Evaluation des EBM 2000plus wurde diese Arztgruppe nicht berücksichtigt. Bezieht man die errechnete Zeit auf die Zahl der Abrechnungsfälle, so ergeben sich Zeiten von 71 Minuten je Fall, sowohl im KBV-Modell als auch im GKV-Modell.

Bei dem KBV-Modell liegt der Median bei 465 Stunden je Arzt im Quartal. Dabei zeigt sich bei den insgesamt 214 Praxen bei der Streuung eine rechtsschiefe Verteilung.

Abbildung 56: **Psychiater: Streuung der errechneten Zeitsummen nach KBV-Modell**



Klammert man jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich bei dem KBV-Modell eine Spannweite zwischen 85 und 926 Stunden je Arzt im Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 283 und 621 Stunden. Das bedeutet, dass ein Viertel der Psychiater eine errechnete Zeitsumme von mehr als 621 Stunden pro Quartal aufweist. Bei dem KBV-Modell liegen 41,1 % aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal.

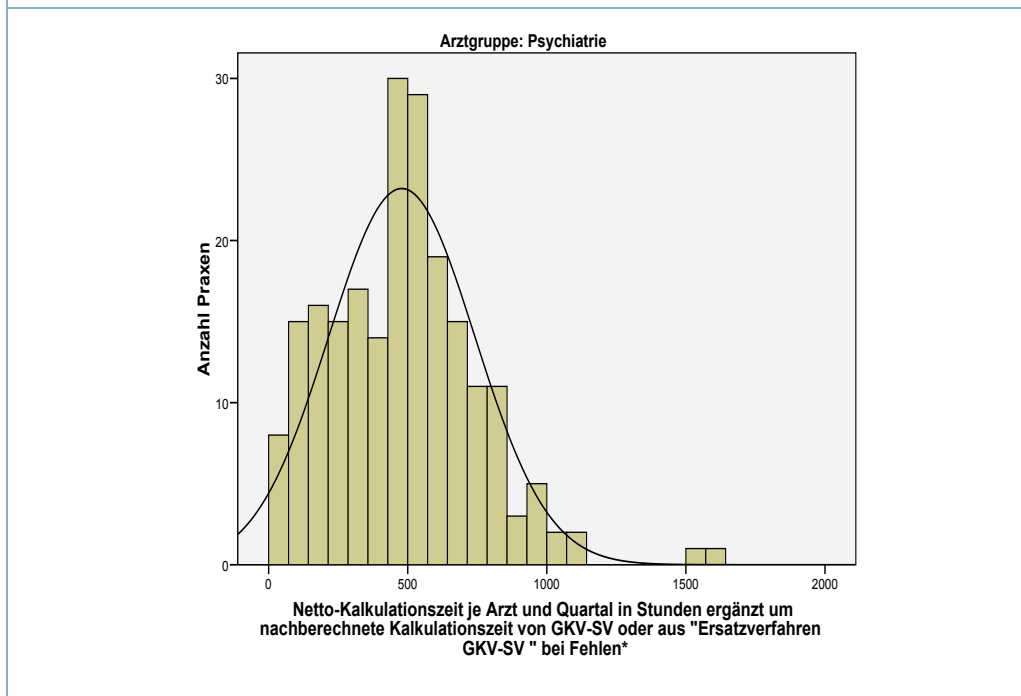
Tabelle 47: Streuung errechneter Zeitsummen* je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Psychiater						
Psychiater	Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden ergänzt um Prüfzeiten und nachgestellte Kalkulationszeit von KBV bei Fehlen					
	5. Perzentil	25. Perzentil	Median	75. Perzentil	95. Perzentil	Praxen insgesamt
KBV-Modell**	85	283	465	621	926	214
GKV-Modell	85	285	476	633	937	214

* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus „Ersatzverfahren GKV-SV“ ergänzt bei Fehlen.
 ** vor Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Bei dem GKV-Modell ergeben sich für Psychiater leicht höhere Werte. Hier liegt der Median bei 476 Stunden, bei annähernder Normalverteilung. Klammert man auch hier jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich eine Spannweite zwischen 85 und 937 Stunden je Arzt und Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 285 und 633 Stunden. Ein Viertel der Psychiater weist nach diesem Berechnungsmodell Quartalszeiten von mehr als 633 Stunden auf. Bei dem GKV-Modell liegen 43,5 % aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal.

Abbildung 57: **Psychiater: Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-Modell**



Die folgende Tabelle zeigt, dass die Ärzte mit steigenden errechneten Zeiten auch eine höhere Zahl an Abrechnungsfällen aufweisen.

Tabelle 48: **Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme* in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Psychiater**

	KBV-Modell**		GKV-Modell	
	Nettozeit	Fälle	Nettozeit	Fälle
Quartil	je Arzt und Quartal			
1. Quartil	unter 283	68	unter 285	67
2. Quartil	283 bis unter 530	290	285 bis unter 476	287
3. Quartil	530 bis unter 720	496	476 bis unter 633	500
4. Quartil	720 und mehr	772	633 und mehr	772
Gesamt	gesamt	404	gesamt	404

* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen

** nach Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Abrechnungsdaten III/2005 und Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

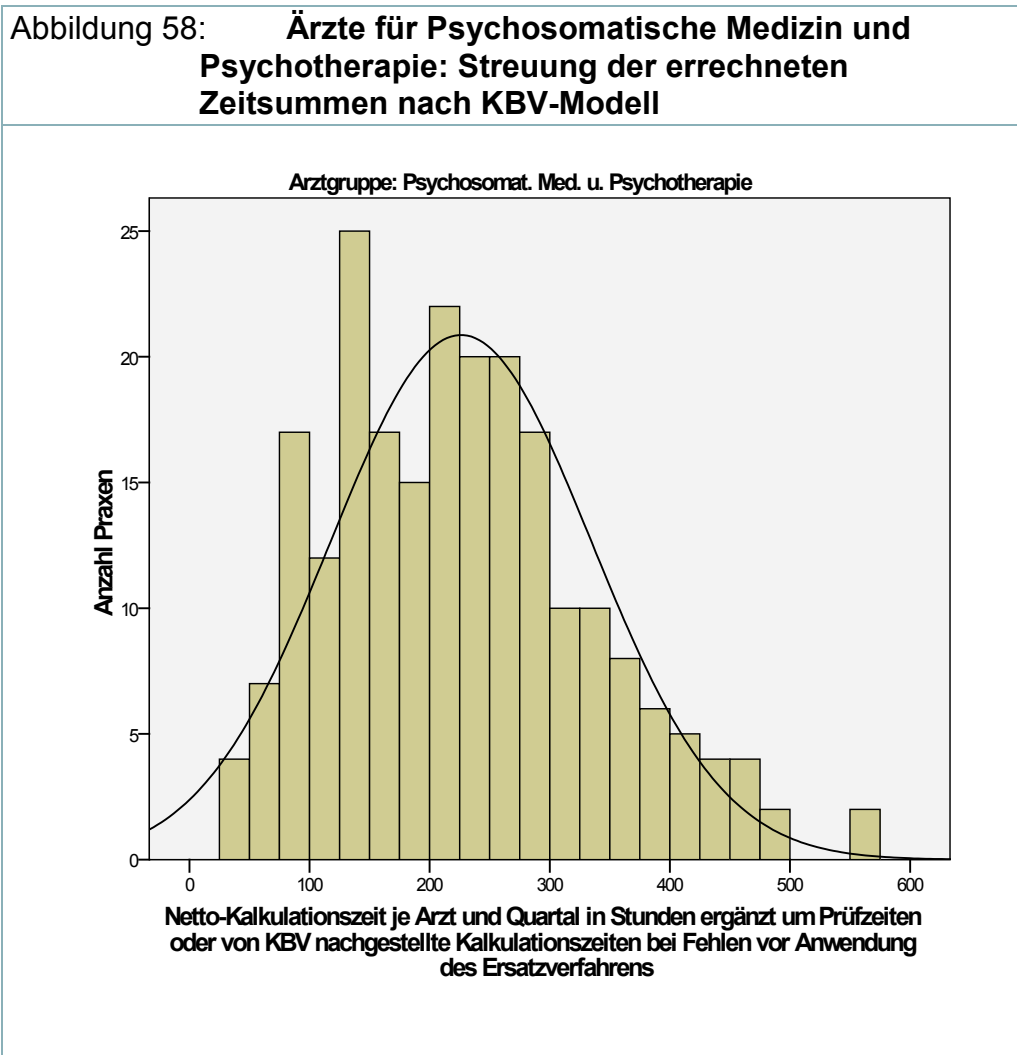
Die errechneten Zeitsummen von durchschnittlich 481 Stunden (KBV-Modell) bzw. 478 Stunden (GKV-Modell) je Arzt und Quartal beziehen sich allein auf die über die KV abgerechneten Gebührenordnungsziffern. Der Anteil der Einnahmen, die nicht über die KV vereinnahmt werden, liegt aus der Kostenstrukturanalyse des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2007 nicht vor. Bei der dort als eine Gruppe zusammengefassten Gruppe der Neurologen, Psychiater, Kinderpsychiater und Psychotherapeuten insgesamt beträgt dieser Anteil 30,3 % (West: 31,4 %; Ost: 19,1 %).

Die Quartalszeiten für die Psychiater liegen sowohl beim KBV- als auch beim GKV-Modell unter dem bei anderen Arztgruppen angesetzten Referenzwert von 511 Stunden je Arzt und Quartal. Da jedoch bei der Kalkulation einer Vielzahl der Leistungen, die von den Psychiatern erbracht werden, eine deutlich niedrigere Produktivität in den relevanten Kostenstellen zugrunde gelegt wurde (67,5% bzw. 57,5% statt der durchschnittlichen 87,5%), ist ein Vergleich mit dem Referenzwert hier nicht adäquat. Dementsprechend entfallen auch die an dieser Stelle üblicherweise zu findenden Balkendiagramm-Darstellungen.

3.21 Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Für Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ergibt sich im gewichteten Mittel nach dem KBV-Modell eine errechnete Arztzeit (Summe Zeit/Summe Ärzte) von 229 Stunden im Quartal. Nach dem GKV-Modell fällt der Wert mit 228 Stunden ähnlich aus. Bei der Evaluation des EBM 2000plus wurde diese Arztgruppe nicht berücksichtigt. Bezieht man die errechnete Zeit auf die Zahl der Abrechnungsfälle, so ergeben sich Zeiten von 290 Minuten (KBV-Modell) bzw. 289 Minuten (GKV-Modell) je Fall.

Bei dem KBV-Modell liegt der Median bei 216 Stunden je Arzt im Quartal. Dabei zeigt sich bei den insgesamt 227 Praxen bei der Streuung eine an nähernde (linkssteile) Normalverteilung.



Klammert man jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich bei dem KBV-Modell eine Spannweite zwischen 73 und 428 Stunden je Arzt im Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 138 und 294 Stunden. Das bedeutet, dass ein Viertel der Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie eine errechnete Zeitsumme von mehr als 294 Stunden pro Quartal aufweist. Bei einem Viertel der Ärzte ergibt sich eine Quartalszeit von weniger als 138 Stunden, was einer wöchentlichen Zeit von 11,5 Stunden entspricht. Bei dem KBV-Modell liegen lediglich 0,9 % aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal.

Tabelle 49: Streuung errechneter Zeitsummen* je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie						
Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden ergänzt um Prüfzeiten und nachgestellte Kalkulationszeit von KBV bei Fehlen					
	5. Perzentil	25. Perzentil	Median	75. Perzentil	95. Perzentil	Praxen insgesamt
KBV-Modell**	73	138	216	294	428	227
GKV-Modell	76	140	218	297	430	227

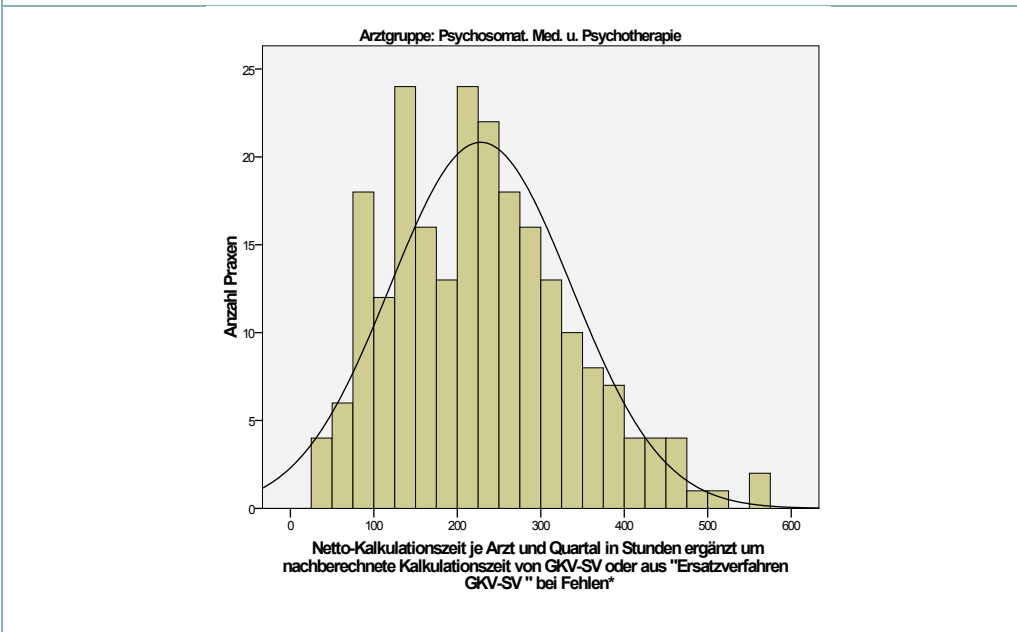
* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus „Ersatzverfahren GKV-SV“ ergänzt bei Fehlen.
 ** vor Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Bei dem GKV-Modell ergeben sich für Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sehr ähnliche Werte. Hier liegt der Median bei 218 Stunden, bei annähernder (linkssteile) Normalverteilung. Klammert man auch hier jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich eine Spannweite zwischen 76 und 430 Stunden je Arzt und Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 140 und 297 Stunden. Ein Viertel der Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie weist nach diesem Berechnungsmodell Quartalszeiten von mehr als 297 Stunden auf. Bei einem Viertel der Ärzte ergibt sich eine Quartalszeit von weniger als 140 Stunden, was einer wöchentlichen Zeit von 11,7 Stunden entspricht. Bei dem GKV-Modell liegen ebenfalls lediglich

0,9 % aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal.

Abbildung 59: **Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-Modell**



Die folgende Tabelle zeigt, dass die Ärzte mit steigenden errechneten Zeiten auch eine höhere Zahl an Abrechnungsfällen aufweisen.

Tabelle 50: **Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme* in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**

Quartil	KBV-Modell**		GKV-Modell	
	Nettozeit	Fälle	Nettozeit	Fälle
	je Arzt und Quartal			
1. Quartil	unter 138	24	unter 140	23
2. Quartil	138 bis unter 216	39	140 bis unter 218	36
3. Quartil	216 bis unter 294	45	218 bis unter 297	49
4. Quartil	294 und mehr	82	297 und mehr	82
Gesamt	gesamt	47	gesamt	47

* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen

** nach Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Abrechnungsdaten III/2005 und Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

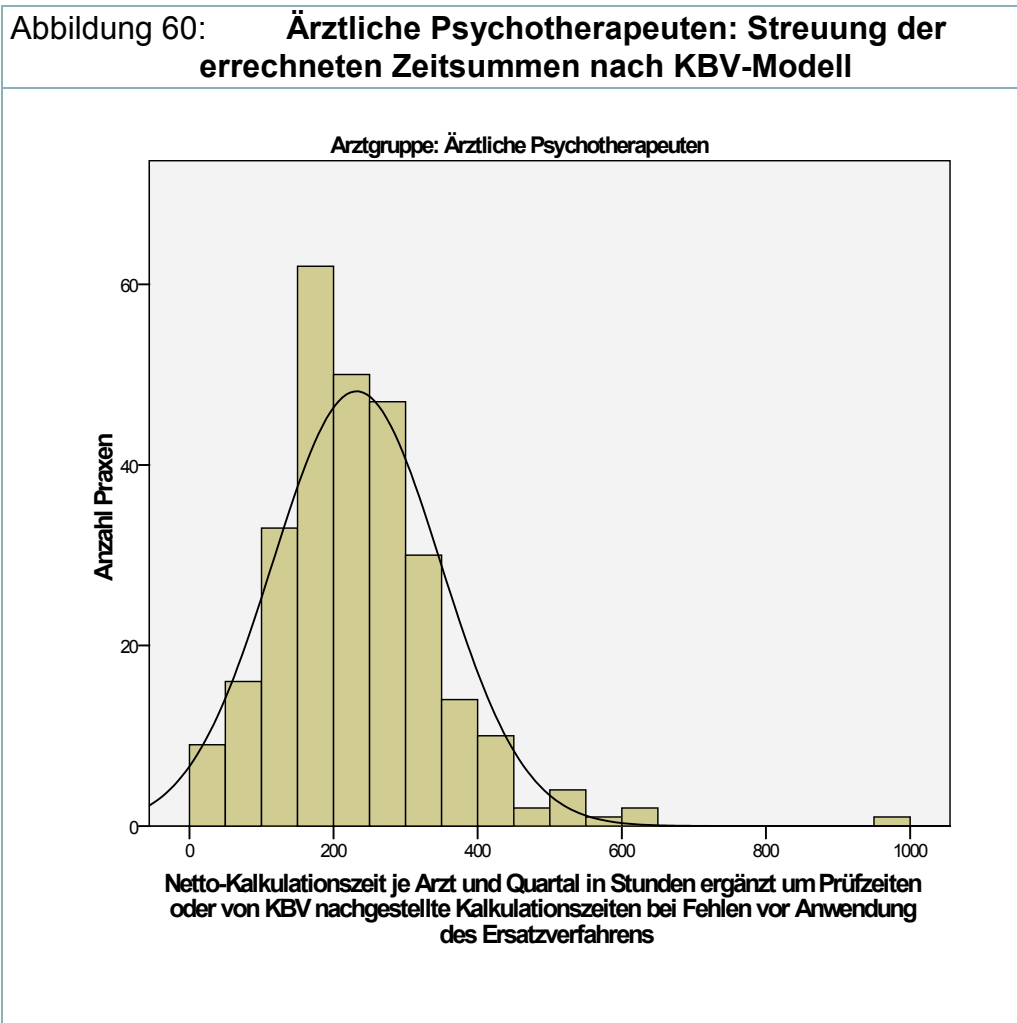
Die errechneten Zeitsummen von durchschnittlich 229 Stunden (KBV-Modell) bzw. 228 Stunden (GKV-Modell) je Arzt und Quartal beziehen sich allein auf die über die KV abgerechneten Gebührenordnungsziffern. Der Anteil der Einnahmen, die nicht über die KV vereinnahmt werden, liegt aus der Kostenstrukturanalyse des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2007 nicht vor. Bei der dort als eine Gruppe zusammengefassten Gruppe der Neurologen, Psychiater, Kinderpsychiater und Psychotherapeuten insgesamt beträgt dieser Anteil 30,3 % (West: 31,4 %; Ost: 19,1 %).

Die Quartalszeiten der Ärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie liegen sowohl beim KBV- als auch beim GKV-Modell (deutlich) unter dem bei anderen Arztgruppen angesetzten Referenzwert von 511 Stunden je Arzt und Quartal. Da jedoch bei der Kalkulation einer Vielzahl der Leistungen, die von den Ärzten für psychosomatische Medizin und Psychotherapie erbracht werden, eine deutlich niedrigere Produktivität in den relevanten Kostenstellen zugrunde gelegt wurde (67,5% bzw. 57,5% statt der durchschnittlichen 87,5%), ist ein Vergleich mit dem Referenzwert hier nicht adäquat. Dementsprechend entfallen auch die an dieser Stelle üblicherweise zu findenden Balkendiagramm-Darstellungen.

3.22 Ärztliche Psychotherapeuten

Für Ärztliche Psychotherapeuten ergibt sich im gewichteten Mittel nach dem KBV-Modell eine errechnete Arztzeit (Summe Zeit/Summe Ärzte) von 237 Stunden im Quartal. Nach dem GKV-Modell fällt der Wert mit 235 Stunden ähnlich aus. Bei der Evaluation des EBM 2000plus wurde diese Arztgruppe nicht berücksichtigt. Bezieht man die errechnete Zeit auf die Zahl der Abrechnungsfälle, so ergeben sich Zeiten von 261 Minuten (KBV-Modell) bzw. 258 Minuten (GKV-Modell) je Fall.

Bei dem KBV-Modell liegt der Median bei 219 Stunden je Arzt im Quartal. Dabei zeigt sich bei den insgesamt 281 Praxen bei der Streuung eine linkssteile Verteilung.



Klammert man jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich bei dem KBV-Modell eine Spannweite zwischen 59 und 425 Stunden je Arzt im Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 157 und 290 Stunden. Das bedeutet, dass ein Viertel der Ärztlichen Psychotherapeuten eine errechnete Zeitsumme von mehr als 290 Stunden pro Quartal aufweist. Bei einem Viertel der Ärzte ergibt sich eine Quartalszeit von weniger als 157 Stunden, was einer wöchentlichen Zeit von 13,1 Stunden entspricht. Bei dem KBV-Modell liegen lediglich 2,5 % aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal.

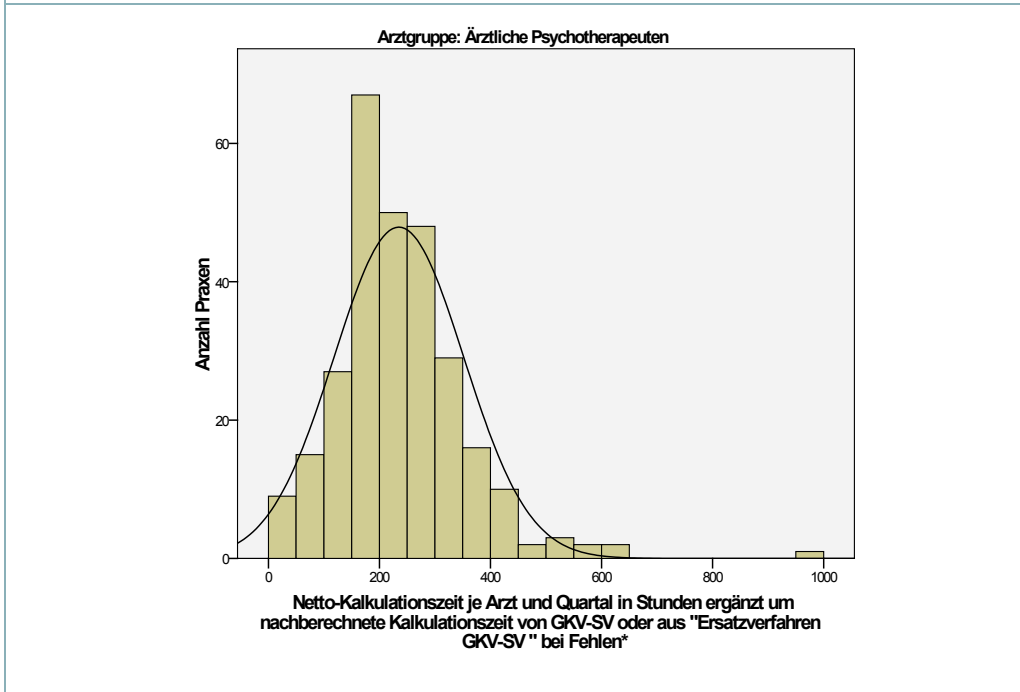
Tabelle 51: Streuung errechneter Zeitsummen* je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Ärztliche Psychotherapeuten						
Ärztliche Psychotherapeuten	Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden ergänzt um Prüfzeiten und nachgestellte Kalkulationszeit von KBV bei Fehlen					
	5. Perzentil	25. Perzentil	Median	75. Perzentil	95. Perzentil	Praxen insgesamt
KBV-Modell**	59	157	219	290	425	281
GKV-Modell	60	160	220	292	426	281

* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus „Ersatzverfahren GKV-SV“ ergänzt bei Fehlen.
** vor Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Bei dem GKV-Modell ergeben sich für Ärztliche Psychotherapeuten sehr ähnliche Werte. Hier liegt der Median bei 220 Stunden, bei linkssteiler Verteilung. Klammert man auch hier jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich eine Spannweite zwischen 60 und 426 Stunden je Arzt und Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 160 und 292 Stunden. Ein Viertel der Ärztlichen Psychotherapeuten weist nach diesem Berechnungsmodell Quartalszeiten von mehr als 292 Stunden auf. Bei einem Viertel der Ärzte ergibt sich eine Quartalszeit von weniger als 160 Stunden, was einer wöchentlichen Zeit von 13,3 Stunden entspricht. Bei dem GKV-Modell liegen ebenfalls lediglich 2,5 % aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal.

Abbildung 61: **Ärztliche Psychotherapeuten: Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-Modell**



Die folgende Tabelle zeigt, dass die Ärzte mit steigenden errechneten Zeiten auch eine höhere Zahl an Abrechnungsfällen aufweisen.

Tabelle 52: **Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme* in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Ärztliche Psychotherapeuten**

	KBV-Modell**		GKV-Modell	
	Nettozeit	Fälle	Nettozeit	Fälle
Quartil	je Arzt und Quartal			
1. Quartil	unter 157	33	unter 160	30
2. Quartil	157 bis unter 219	45	160 bis unter 220	49
3. Quartil	219 bis unter 290	59	220 bis unter 292	58
4. Quartil	290 und mehr	81	292 und mehr	83
Gesamt	gesamt	55	gesamt	55

* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen

** nach Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Abrechnungsdaten III/2005 und Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Die errechneten Zeitsummen von durchschnittlich 237 Stunden (KBV-Modell) bzw. 235 Stunden (GKV-Modell) je Arzt und Quartal beziehen sich allein auf die über die KV abgerechneten Gebührenordnungsziffern. Der Anteil der Einnahmen, die nicht über die KV vereinnahmt werden, liegt aus der Kostenstrukturanalyse des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2007 nicht vor. Bei der dort als eine Gruppe zusammengefassten Gruppe der Neurologen, Psychiater, Kinderpsychiater und Psychotherapeuten insgesamt beträgt dieser Anteil 30,3 % (West: 31,4 %; Ost: 19,1 %).

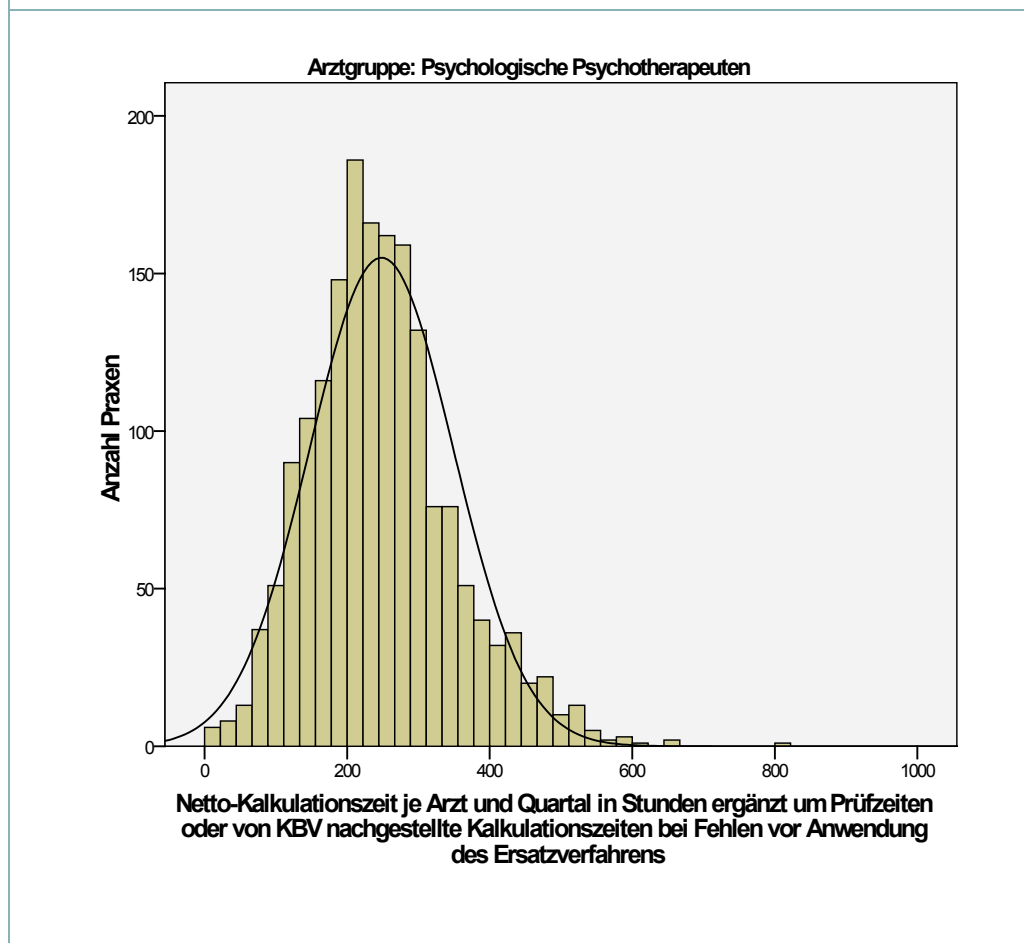
Die Quartalszeiten für die Ärztlichen Psychotherapeuten liegen sowohl beim KBV- als auch beim GKV-Modell (deutlich) unter dem bei anderen Arztgruppen angesetzten Referenzwert von 511 Stunden je Arzt und Quartal. Da jedoch bei der Kalkulation einer Vielzahl der Leistungen, die von den Ärztlichen Psychotherapeuten erbracht werden, eine deutlich niedrigere Produktivität in den relevanten Kostenstellen zugrunde gelegt wurde (67,5% bzw. 57,5% statt der durchschnittlichen 87,5%), ist ein Vergleich mit dem Referenzwert hier nicht adäquat. Dementsprechend entfallen auch die an dieser Stelle üblicherweise zu findenden Balkendiagramm-Darstellungen.

3.23 Psychologische Psychotherapeuten

Für Psychologische Psychotherapeuten ergibt sich im gewichteten Mittel nach dem KBV-Modell eine errechnete Arztzeit (Summe Zeit/Summe Ärzte) von 247 Stunden im Quartal. Nach dem GKV-Modell ergibt sich der gleiche Wert. Bei der Evaluation des EBM 2000plus wurde diese Arztgruppe nicht berücksichtigt. Bezieht man die errechnete Zeit auf die Zahl der Abrechnungsfälle, so ergibt sich eine Zeit von 307 Minuten je Fall (KBV-Modell und GKV-Modell).

Bei dem KBV-Modell liegt der Median bei 239 Stunden je Arzt im Quartal. Dabei zeigt sich bei den insgesamt 1.768 Praxen bei der Streuung eine annähernde (linkssteile) Normalverteilung.

Abbildung 62: **Psychologische Psychotherapeuten: Streuung der errechneten Zeitsummen nach KBV-Modell**



Klammert man jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich bei dem KBV-Modell eine Spannweite zwischen 101 und 439 Stunden je Arzt im Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 181 und 301 Stunden. Das bedeutet, dass ein Viertel der Psychologische Psychotherapeuten eine errechnete Zeitsumme von mehr als 301 Stunden pro Quartal aufweist. Bei einem Viertel der Ärzte ergibt sich eine Quartalszeit von weniger als 181 Stunden, was einer wöchentlichen Zeit von 15,1 Stunden entspricht. Bei dem KBV-Modell liegen lediglich 1,5 % aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal.

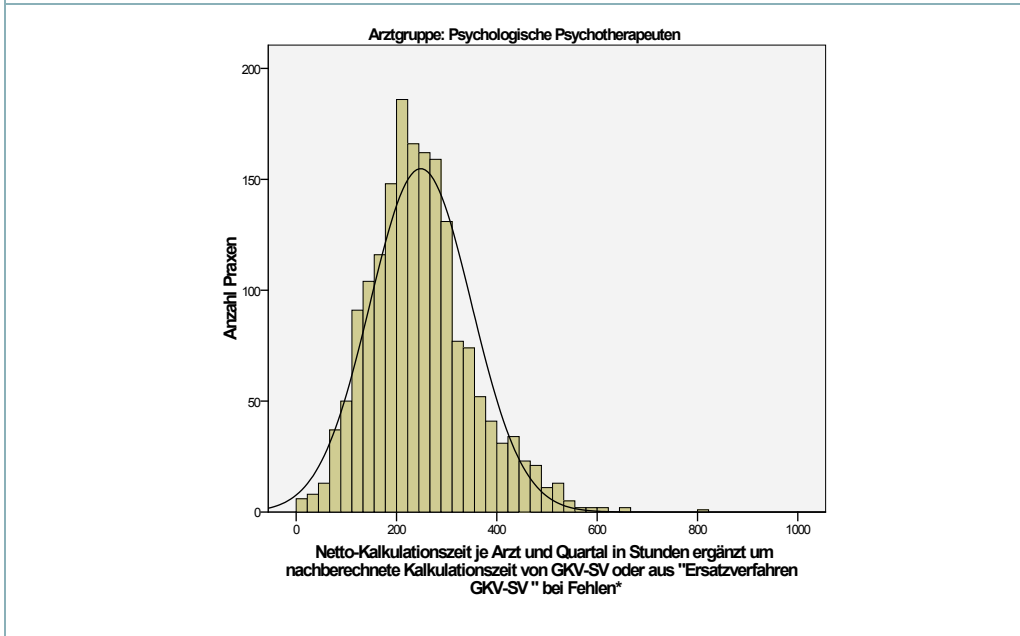
Tabelle 53: Streuung errechneter Zeitsummen* je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Psychologische Psychotherapeuten						
Psychologische Psychotherapeuten	Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden ergänzt um Prüfzeiten und nachgestellte Kalkulationszeit von KBV bei Fehlen					
	5. Perzentil	25. Perzentil	Median	75. Perzentil	95. Perzentil	Praxen insgesamt
KBV-Modell**	101	181	239	301	439	1.768
GKV-Modell	101	181	239	301	439	1.768

* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus „Ersatzverfahren GKV-SV“ ergänzt bei Fehlen.
 ** vor Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Bei dem GKV-Modell ergeben sich für Psychologische Psychotherapeuten exakt die gleichen Streuungswerte. Da für alle Gebührenordnungsziffern Kalkulationszeiten vorliegen, führen die Modelle zu gleichen Ergebnissen.

Abbildung 63: **Psychologische Psychotherapeuten: Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-Modell**



Die folgende Tabelle zeigt, dass die Ärzte mit steigenden errechneten Zeiten auch eine höhere Zahl an Abrechnungsfällen aufweisen. Auch hier unterscheiden sich KBV-Modell und GKV-Modell von den Ergebnissen nicht.

Tabelle 54: **Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme* in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Psychologische Psychotherapeuten**

Quartil	KBV-Modell**		GKV-Modell	
	Nettozeit	Fälle	Nettozeit	Fälle
	je Arzt und Quartal			
1. Quartil	unter 181	28	unter 181	28
2. Quartil	181 bis unter 239	41	181 bis unter 239	41
3. Quartil	239 bis unter 301	52	239 bis unter 301	52
4. Quartil	301 und mehr	73	301 und mehr	73
Gesamt	gesamt	48	gesamt	48

* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen

** nach Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Abrechnungsdaten III/2005 und Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Die errechneten Zeitsummen von durchschnittlich 247 Stunden (KBV-Modell und GKV-Modell) je Arzt und Quartal beziehen sich allein auf die über die KV abgerechneten Gebührenordnungsziffern. Der Anteil der Einnahmen, die nicht über die KV vereinnahmt werden, liegt aus der Kostenstrukturanalyse des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2007 nicht vor. Bei der dort als eine Gruppe zusammengefassten Gruppe der Neurologen, Psychiater, Kinderpsychiater und Psychotherapeuten insgesamt beträgt dieser Anteil 30,3 % (West: 31,4 %; Ost: 19,1 %).

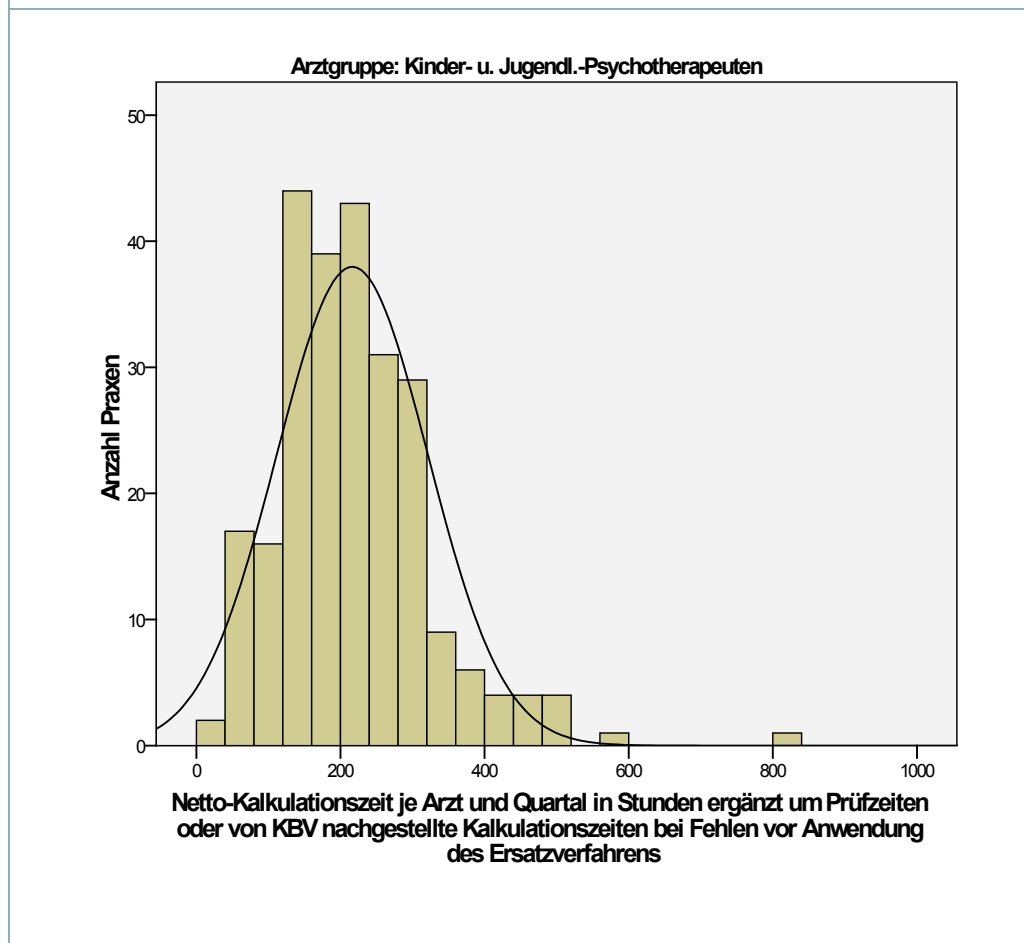
Die Quartalszeiten für die Psychologischen Psychotherapeuten liegen sowohl beim KBV- als auch beim GKV-Modell (deutlich) unter dem bei anderen Arztgruppen angesetzten Referenzwert von 511 Stunden je Arzt und Quartal. Da jedoch bei der Kalkulation einer Vielzahl der Leistungen, die von den Psychologischen Psychotherapeuten erbracht werden, eine deutlich niedrigere Produktivität in den relevanten Kostenstellen zugrunde gelegt wurde (67,5% bzw. 57,5% statt der durchschnittlichen 87,5%), ist ein Vergleich mit dem Referenzwert hier nicht adäquat. Dementsprechend entfallen auch die an dieser Stelle üblicherweise zu findenden Balkendiagramm-Darstellungen.

3.24 Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten

Für Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten ergibt sich im gewichteten Mittel nach dem KBV-Modell eine errechnete Arztzeit (Summe Zeit/Summe Ärzte) von 221 Stunden im Quartal. Nach dem GKV-Modell fällt der Wert mit 223 Stunden ähnlich aus. Bei der Evaluation des EBM 2000plus wurde diese Arztgruppe nicht berücksichtigt. Bezieht man die errechnete Zeit auf die Zahl der Abrechnungsfälle, so ergeben sich Zeiten von 343 Minuten (KBV-Modell) bzw. 346 Minuten (GKV-Modell) je Fall.

Bei dem KBV-Modell liegt der Median bei 210 Stunden je Arzt im Quartal. Dabei zeigt sich bei den insgesamt 250 Praxen bei der Streuung eine annähernde (leicht rechtsschiefe) Normalverteilung.

Abbildung 64: **Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten: Streuung der errechneten Zeitsummen nach KBV-Modell**



Klammert man jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich bei dem KBV-Modell eine Spannweite zwischen 64 und 418 Stunden je Arzt im Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 151 und 271 Stunden. Das bedeutet, dass ein Viertel der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten eine errechnete Zeitsumme von mehr als 271 Stunden pro Quartal aufweist. Bei einem Viertel der Ärzte ergibt sich eine Quartalszeit von weniger als 151 Stunden, was einer wöchentlichen Zeit von 12,6 Stunden entspricht. Bei dem KBV-Modell liegen lediglich 1,2 % aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal.

Tabelle 55: Streuung errechneter Zeitsummen* je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten						
Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten	Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden ergänzt um Prüfzeiten und nachgestellte Kalkulationszeit von KBV bei Fehlen					
	5. Perzentil	25. Perzentil	Median	75. Perzentil	95. Perzentil	Praxen insgesamt
KBV-Modell**	64	151	210	271	418	250
GKV-Modell	65	153	212	273	422	250

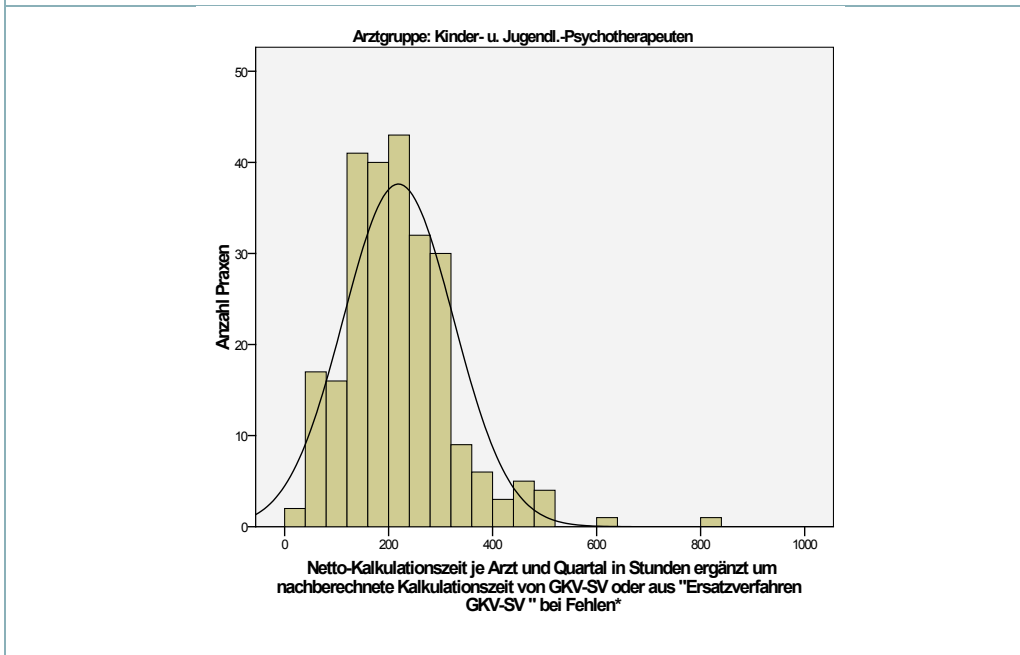
* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus „Ersatzverfahren GKV-SV“ ergänzt bei Fehlen.
 ** vor Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Bei dem GKV-Modell ergeben sich für Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten sehr ähnliche Werte. Hier liegt der Median bei 212 Stunden, bei annähernder (leicht rechtsschiefer) Normalverteilung. Klammert man auch hier jeweils 5 % der Praxen mit den niedrigsten und höchsten Werten aus (betrachtet also nur Werte zwischen dem 5. und 95. Perzentil), zeigt sich eine Spannweite zwischen 65 und 422 Stunden je Arzt und Quartal. Die Spannweite zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil liegt zwischen 153 und 273 Stunden. Ein Viertel der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten weist nach diesem Berechnungsmodell Quartalszeiten von mehr als 273 Stunden auf. Bei einem Viertel der Ärzte ergibt sich eine Quartalszeit von weniger als 153 Stunden, was einer wöchentlichen Zeit von 12,7 Stunden entspricht. Bei dem GKV-Modell liegen lediglich 1,6 %

aller Praxen mit ihrer Zeitsumme über dem Referenzwert von 511 Stunden je Quartal.

Abbildung 65: **Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten: Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-Modell**



Die folgende Tabelle zeigt, dass die Ärzte mit steigenden errechneten Zeiten auch eine höhere Zahl an Abrechnungsfällen aufweisen.

Tabelle 56: **Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme* in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten**

Quartil	KBV-Modell**		GKV-Modell	
	Nettozeit	Fälle	Nettozeit	Fälle
	je Arzt und Quartal			
1. Quartil	unter 151	18	unter 153	18
2. Quartil	151 bis unter 210	29	153 bis unter 212	29
3. Quartil	210 bis unter 271	38	212 bis unter 273	38
4. Quartil	271 und mehr	69	273 und mehr	69
Gesamt	gesamt	39	gesamt	39

* Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen

** nach Anwendung des Ersatzverfahrens

Quelle: Abrechnungsdaten III/2005 und Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Die errechneten Zeitsummen von durchschnittlich 221 Stunden (KBV-Modell) bzw. 223 Stunden (GKV-Modell) je Arzt und Quartal beziehen sich allein auf die über die KV abgerechneten Gebührenordnungsziffern. Der Anteil der Einnahmen, die nicht über die KV vereinnahmt werden, liegt aus der Kostenstrukturanalyse des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2007 nicht vor. Bei der dort als eine Gruppe zusammengefassten Gruppe der Neurologen, Psychiater, Kinderpsychiater und Psychotherapeuten insgesamt beträgt dieser Anteil 30,3 % (West: 31,4 %; Ost: 19,1 %).

Die Quartalszeiten für die Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten liegen sowohl beim KBV- als auch beim GKV-Modell (deutlich) unter dem bei anderen Arztgruppen angesetzten Referenzwert von 511 Stunden je Arzt und Quartal. Da jedoch bei der Kalkulation einer Vielzahl der Leistungen, die von den Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten erbracht werden, eine deutlich niedrigere Produktivität in den relevanten Kostenstellen zugrunde gelegt wurde (67,5% bzw. 57,5% statt der durchschnittlichen 87,5%), ist ein Vergleich mit dem Referenzwert hier nicht adäquat. Dementsprechend entfallen auch die an dieser Stelle üblicherweise zu findenden Balkendiagramm-Darstellungen.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Allgemeinärzte: Streuung der errechneten Zeitsummen nach KBV-Modell	25
Abbildung 2:	Allgemeinärzte: Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-Modell	27
Abbildung 3:	Allgemeinärzte: mittlere Summe Nettokalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	28
Abbildung 4:	Anästhesisten: Streuung der errechneten Zeitsummen nach KBV-Modell	29
Abbildung 5:	Anästhesisten: Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-Modell	31
Abbildung 6:	Anästhesisten: mittlere Summe Nettokalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	32
Abbildung 7:	Augenärzte: Streuung der errechneten Zeitsummen nach KBV-Modell	33
Abbildung 8:	Augenärzte: Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-Modell	35
Abbildung 9:	Augenärzte: mittlere Summe Nettokalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	36
Abbildung 10:	Chirurgen (ohne Schwerpunkt): Streuung der errechneten Zeitsummen nach KBV-Modell	37
Abbildung 11:	Chirurgen (ohne Schwerpunkt): Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-Modell	39
Abbildung 12:	Chirurgen (ohne Schwerpunkt): mittlere Summe Nettokalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	40
Abbildung 13:	Frauenärzte: Streuung der errechneten Zeitsummen nach KBV-Modell	41
Abbildung 14:	Frauenärzte: Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-Modell	43
Abbildung 15:	Frauenärzte: mittlere Summe Nettokalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	44
Abbildung 16:	HNO-Ärzte: Streuung der errechneten Zeitsummen nach KBV-Modell	45
Abbildung 17:	HNO-Ärzte: Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-Modell	47

Abbildung 18: HNO-Ärzte: mittlere Summe Nettokalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	48
Abbildung 19: Hautärzte: Streuung der errechneten Zeitsummen nach KBV-Modell	49
Abbildung 20: Hautärzte: Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-Modell.....	51
Abbildung 21: Hautärzte: mittlere Summe Nettokalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	52
Abbildung 22: Internisten (hausärztlich): Streuung der errechneten Zeitsummen nach KBV-Modell	53
Abbildung 23: Internisten (hausärztlich): Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-Modell.....	55
Abbildung 24: Internisten (hausärztlich): mittlere Summe Nettokalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	56
Abbildung 25: Kinderärzte (Hausärzte): Streuung der errechneten Zeitsummen nach KBV-Modell	57
Abbildung 26: Kinderärzte (Hausärzte): Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-Modell.....	59
Abbildung 27: Kinderärzte (Hausärzte): mittlere Summe Nettokalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	60
Abbildung 28: Nervenärzte (ohne Neurologen/Psychiater): Streuung der errechneten Zeitsummen nach KBV-Modell.....	61
Abbildung 29: Nervenärzte (ohne Neurologen/Psychiater): Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-Modell	63
Abbildung 30: Nervenärzte (ohne Neurologen/Psychiater): mittlere Summe Nettokalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	64
Abbildung 31: Orthopäden: Streuung der errechneten Zeitsummen nach KBV-Modell	65
Abbildung 32: Orthopäden: Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-Modell.....	67
Abbildung 33: Orthopäden: mittlere Summe Nettokalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	68
Abbildung 34: Radiologen: Streuung der errechneten Zeitsummen nach KBV-Modell	69
Abbildung 35: Radiologen: Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-Modell.....	71
Abbildung 36: Radiologen: mittlere Summe Nettokalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	72
Abbildung 37: Urologen: Streuung der errechneten Zeitsummen nach KBV-Modell	73

Abbildung 38: Urologen: Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-Modell	75
Abbildung 39: Urologen: mittlere Summe Nettokalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	76
Abbildung 40: Internisten, Schwerpunkt Gastroenterologie: Streuung der errechneten Zeitsummen nach KBV-Modell	77
Abbildung 41: Internisten, Schwerpunkt Gastroenterologie: Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-Modell	79
Abbildung 42: Internisten, Schwerpunkt Gastroenterologie: mittlere Summe Nettokalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	80
Abbildung 43: Internisten, Schwerpunkt Kardiologie: Streuung der errechneten Zeitsummen nach KBV-Modell	81
Abbildung 44: Internisten, Schwerpunkt Kardiologie: Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-Modell	83
Abbildung 45: Internisten, Schwerpunkt Kardiologie: mittlere Summe Nettokalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	84
Abbildung 46: Internisten, Schwerpunkt Nephrologie: Streuung der errechneten Zeitsummen nach KBV-Modell	85
Abbildung 47: Internisten, Schwerpunkt Nephrologie: Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-Modell	87
Abbildung 48: Internisten, Schwerpunkt Nephrologie: mittlere Summe Nettokalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	88
Abbildung 49: Internisten, Schwerpunkt Pneumologie: Streuung der errechneten Zeitsummen nach KBV-Modell	89
Abbildung 50: Internisten, Schwerpunkt Pneumologie: Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-Modell	91
Abbildung 51: Internisten, Schwerpunkt Pneumologie: mittlere Summe Nettokalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	92
Abbildung 52: Kinder-/Jugendpsychiatrie/-psychotherapie: Streuung der errechneten Zeitsummen nach KBV-Modell	93
Abbildung 53: Kinder-/Jugendpsychiatrie/-psychotherapie: Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-Modell	95
Abbildung 54: Pathologen: Streuung der errechneten Zeitsummen nach KBV-Modell	97
Abbildung 55: Pathologen: Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-Modell	99
Abbildung 56: Psychiater: Streuung der errechneten Zeitsummen nach KBV-Modell	101
Abbildung 57: Psychiater: Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-Modell	103

Abbildung 58: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: Streuung der errechneten Zeitsummen nach KBV-Modell.....	105
Abbildung 59: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-Modell	107
Abbildung 60: Ärztliche Psychotherapeuten: Streuung der errechneten Zeitsummen nach KBV-Modell	109
Abbildung 61: Ärztliche Psychotherapeuten: Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-Modell.....	111
Abbildung 62: Psychologische Psychotherapeuten: Streuung der errechneten Zeitsummen nach KBV-Modell.....	113
Abbildung 63: Psychologische Psychotherapeuten: Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-Modell	115
Abbildung 64: Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten: Streuung der errechneten Zeitsummen nach KBV-Modell.....	117
Abbildung 65: Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten: Streuung der errechneten Zeitsummen nach GKV-Modell	119

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Praxen nach Arztzahl in der Datenbasis KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008	8
Tabelle 2: GKV-Modell: Verteilung des Leistungsbedarfs (in %) von ausgewählten Fachgruppen nach Vorhandensein von Prüf- und Kalkulationszeiten in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008	12
Tabelle 3: Errechnete Zeitsummen je Arzt und Kategorie nach ausgewählten Fachgruppen in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008	14
Tabelle 4: Verteilung des Leistungsbedarfs (in %) ausgewählter Fachgruppen nach Vorhandensein von Prüf- und Kalkulationszeiten gemäß Vorgabe der KBV für Gebührennummern in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008	15
Tabelle 5: Errechnete Zeitsummen je Arzt und Kategorie für ausgewählte Fachgruppen nach Anwendung des Ersatzverfahrens in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008	17
Tabelle 6: Errechnete Zeitsummen für ausgewählte Fachgruppen I	19
Tabelle 7: Praxen mit einer Zeitsumme kleiner oder gleich bzw. mehr als 511 Netto-Stunden je Arzt in %	21
Tabelle 8: Errechnete Zeitsummen für ausgewählte Fachgruppen	22
Tabelle 9: Streuung errechneter Zeitsummen je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Allgemeinmediziner.....	26
Tabelle 10: Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Allgemeinärzte	27
Tabelle 11: Streuung errechneter Zeitsummen je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Anästhesisten	30
Tabelle 12: Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Anästhesisten	31
Tabelle 13: Streuung errechneter Zeitsummen je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Augenärzte.....	34

Tabelle 14: Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Augenärzte	35
Tabelle 15: Streuung errechneter Zeitsummen je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Chirurgen (ohne Schwerpunkt).....	38
Tabelle 16: Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Chirurgen	39
Tabelle 17: Streuung errechneter Zeitsummen je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Frauenärzte.....	42
Tabelle 18: Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Frauenärzte	43
Tabelle 19: Streuung errechneter Zeitsummen je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: HNO-Ärzte.....	46
Tabelle 20: Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: HNO-Ärzte	47
Tabelle 21: Streuung errechneter Zeitsummen je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Hautärzte.....	50
Tabelle 22: Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Hautärzte	51
Tabelle 23: Streuung errechneter Zeitsummen je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Internisten (hausärztlich)	54
Tabelle 24: Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Internisten (hausärztlich)	55
Tabelle 25: Streuung errechneter Zeitsummen je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Kinderärzte (Hausärzte).....	58
Tabelle 26: Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Kinderärzte (Hausärzte)	59
Tabelle 27: Streuung errechneter Zeitsummen je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Nervenärzte (ohne Neurologen/Psychiater).....	62

Tabelle 28: Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Nervenärzte (ohne Neurologen/ Psychiater)	63
Tabelle 29: Streuung errechneter Zeitsummen je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Orthopäden	66
Tabelle 30: Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Orthopäden.....	67
Tabelle 31: Streuung errechneter Zeitsummen je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Radiologen.....	70
Tabelle 32: Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Radiologen.....	71
Tabelle 33: Streuung errechneter Zeitsummen je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Urologen.....	74
Tabelle 34: Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Urologen	75
Tabelle 35: Streuung errechneter Zeitsummen je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Internisten, Schwerpunkt Gastroenterologie	78
Tabelle 36: Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Internisten, Schwerpunkt Gastroenterologie	79
Tabelle 37: Streuung errechneter Zeitsummen je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Internisten, Schwerpunkt Kardiologie	82
Tabelle 38: Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Internisten, Schwerpunkt Kardiologie.....	83
Tabelle 39: Streuung errechneter Zeitsummen je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Internisten, Schwerpunkt Nephrologie.....	86
Tabelle 40: Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Internisten, Schwerpunkt Nephrologie	87

Tabelle 41: Streuung errechneter Zeitsummen je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Internisten, Schwerpunkt Pneumologie	90
Tabelle 42: Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Internisten, Schwerpunkt Pneumologie	91
Tabelle 43: Streuung errechneter Zeitsummen je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Kinder-/Jugendpsychiatrie/-psychotherapie	94
Tabelle 44: Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Kinder-/Jugendpsychiatrie/-psychotherapie.....	95
Tabelle 45: Streuung errechneter Zeitsummen je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Pathologen	98
Tabelle 46: Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Pathologen.....	99
Tabelle 47: Streuung errechneter Zeitsummen je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Psychiater	102
Tabelle 48: Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Psychiater	103
Tabelle 49: Streuung errechneter Zeitsummen je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	106
Tabelle 50: Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	107
Tabelle 51: Streuung errechneter Zeitsummen je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Ärztliche Psychotherapeuten	110
Tabelle 52: Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Ärztliche Psychotherapeuten.....	111
Tabelle 53: Streuung errechneter Zeitsummen je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Psychologische Psychotherapeuten.....	114

Tabelle 54: Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Psychologische Psychotherapeuten	115
Tabelle 55: Streuung errechneter Zeitsummen je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten	118
Tabelle 56: Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2005 und 2008: Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten	119

Anlagen



ZENTRALINSTITUT FÜR DIE
KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG
IN DEUTSCHLAND

Herbert-Lewin-Platz 3 – 10623 Berlin – Tel.: 030 / 4005 2450 – Fax: 030 / 39 49 37 39

Wissenschaftliche Begleitung zur Einführung des EBM 2008

Arbeitstabellen

Erweiterte
Komplettdatenanalyse der
Kalkulationszeiten auf Basis
des Vorschlags des GKV-Spitzenverbands

ZI-Rohauswertung III/2008

Version 0.94

Stand: 20.12.2010

Bearbeiter:

Joachim Heuer

Inhalt

1	Hintergrund und Ziel.....	3
2	Material und Methoden.....	3
2.1	Methodenfestlegung Vorschlag des GKV-Spitzenverband	5
2.1.1	Kategorie I kalkulierte GOPs	7
2.1.2	Kategorie II GOPs mit nachberechneter Kalkulationszeit für Versichertenpauschale.....	7
2.1.3	Kategorie III GOPs ohne Kalkulationszeit, aber mit Prüfzeit	9
2.1.4	Kategorie IV GOPs ohne Kalkulations-und Prüfzeit, aber ärztliche Leistung.....	31
2.1.5	Kategorie V GOPs ohne Kalkulations-und Prüfzeit, keine ärztliche Leistung.....	61
3	Ergebnisse	74



1 Hintergrund und Ziel

Im Rahmen der Begleitstudie zur Einführung des EBM 2008 soll eine Analyse der Kalkulationszeiten gemäß dem Anhang 3 des EBM gemacht werden, basierend auf Abrechnungsdaten des Quartals III/2008. Als Rohauswertung werden hier nach der dafür vorgesehenen Methode die Ergebnisse vorgelegt, die dem laut Studiendesign federführenden Wissenschaftlichen Institut der AOK als Grundlage für den vorzulegenden Bericht dienen sollen. Über die bisher für die Analyse zugrunde gelegten Daten von 13 Fachgruppen hinaus werden weitere 11 Fachgruppen einbezogen.

2 Material und Methoden

Die vorliegende Darstellung bezieht sich auf alle sowohl in III/2007 und III/2008 abrechnenden Praxen von 24 ausgewählten Fachgruppen in Brandenburg und Nordrhein.

Tabelle 1:
Praxen nach Arztlzahl in der Datenbasis
in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008

Arztgruppe	Anzahl Ärzte in Praxis								Gesamt	
	1		2		3		4 und mehr		Anzahl	in %
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %		
Allgemeinärzte	2848	83,3	496	14,5	68	2,0	6	,2	3418	100,0
Anästhesisten	212	84,8	27	10,8	3	1,2	8	3,2	250	100,0
Augenärzte	433	80,5	85	15,8	11	2,0	9	1,7	538	100,0
Chirurgen	261	77,2	63	18,6	9	2,7	5	1,5	338	100,0
Frauenärzte	1008	87,1	132	11,4	12	1,0	5	,4	1157	100,0
HNO-Ärzte	401	86,2	56	12,0	5	1,1	3	,6	465	100,0
Hautärzte	301	83,6	56	15,6	2	,6	1	,3	360	100,0
Internisten <Hausärzte>	916	88,3	114	11,0	7	,7			1037	100,0
Kinderärzte <Hausärzte>	505	81,7	108	17,5	5	,8			618	100,0
Nervenärzte*	169	99,4	1	,6					170	100,0
Orthopäden	406	78,2	103	19,8	8	1,5	2	,4	519	100,0
Radiologen	35	47,3	24	32,4	12	16,2	3	4,1	74	100,0
Urologen	196	77,5	43	17,0	9	3,6	5	2,0	253	100,0
Innere Medizin, SP Gastroentero- logie	75	81,5	13	14,1	3	3,3	1	1,1	92	100,0
Innere Medizin, SP Kardiologie	65	63,1	23	22,3	9	8,7	6	5,8	103	100,0
Innere Medizin, SP Nephrologie	13	25,0	21	40,4	11	21,2	7	13,5	52	100,0
Innere Medizin, SP Pneumologie	88	81,5	16	14,8	3	2,8	1	,9	108	100,0
Kinder- /Jugendpsychiatri e/-psychotherapie	60	84,5	10	14,1	1	1,4			71	100,0
Pathologie	31	60,8	14	27,5	3	5,9	3	5,9	51	100,0
Psychiatrie	208	97,2	6	2,8					214	100,0
Psychosomat. Med. u. Psycho- therapie	227	100,0							227	100,0
Ärztliche Psycho- therapeuten	281	100,0							281	100,0
Psychologische Psychotherapeu- ten	1730	97,9	37	2,1	1	,1			1768	100,0
Kinder- u. Ju- gendl.- Psychotherapeu- ten	247	98,8	2	,8	1	,4			250	100,0
Gesamt	10716	86,3	1450	11,7	183	1,5	65	,5	12414	100,0

*ohne Neurol., Psych.

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Für diese Praxen werden auf Basis der abgerechneten EBM-Ziffern **anteilige Zeitsummen im Quartal je Arzt sowie je Fall** errechnet. Angestellte Ärzte gehen in die Berechnungen ein, da die Angaben in den vorliegenden Daten diese Personen nicht separat ausweisen.

Zugrunde gelegt werden bei dieser Berechnung

1. **die Kalkulationszeit aus „Anhang 3 zum EBM2008“ für III/2008,**
2. **die Zeiten KV-spezifischer EBM-Ziffern, die im numerischen Teil einer zeitkalkulierten bundeseinheitlichen Ziffer entsprechen.**

Als Referenzgröße für die „Norm-Arbeitszeit“ zum Zwecke des Vergleichs der errechneten Arbeitszeit aus allen zeitgetakteten EBM-Ziffern wird die Kalkulationszeit herangezogen, die im Bewertungsausschuss Grundlage für die EBM-Kalkulation war. Der Bewertungsausschuss hat als Brutto-Arbeitszeit 585 Stunden je Arzt und Quartal festgelegt. Von dieser Brutto-Arbeitszeit sind die Zeiten (Rüstzeiten, Verwaltung etc.) abzuziehen, die nicht für die unmittelbare Patientenbetreuung zur Verfügung stehen. Die Netto-Arbeitszeit wurde mit 511 Stunden je Arzt und Quartal durch den Bewertungsausschuss festgelegt.

Die nach Anhang 3 ermittelten Zeithaushalte wurden den 511 Stunden gegenübergestellt (Netto-Betrachtung) und unter Berücksichtigung eines Zuschlags im Verhältnis von 511 zu 585 Stunden (Brutto-Betrachtung). Die mittleren Kalkulationszeiten je Arzt und Fachgruppe werden sowohl als Brutto-Arbeitszeiten und als Netto-Arbeitszeiten ausgewiesen, alle übrigen Berechnungen stellen allein auf die Netto-Arbeitszeiten ab.

Beratungen zeigten, dass die gewählte Methode in Teilen zu ergänzen bzw. zu ändern ist. Die Auftraggeber KBV und GKV-Spitzenverband machen dazu getrennte Vorschläge, nach denen die Analyse in zwei getrennten Versionen gemacht wird. Im folgenden wird der Vorschlag des GKV-Spitzenverbands dargestellt.

2.1 Methodenfestlegung Vorschlag des GKV-Spitzenverbands

Für die Komplettdatenanalyse der Kalkulationszeiten werden **fünf Kategorien von GOPs** gebildet (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Methodenfestlegung
zur Komplettdatenanalyse der Kalkulationszeiten
Vorschlag des GKV-Spitzenverbands

Kategorie	I	II	III	IV	V
Bezeichnung	Kalkulierte GOPs	GOPs mit nachberechneter Kalkulationszeit für Versichertenpauschale	GOPs ohne Kalkulationszeit, aber mit Prüfzeit	GOPS ohne Kalkulations- und Prüfzeit, aber ärztliche Leistung	GOPs ohne Kalkulations- und Prüfzeit, keine ärztliche Leistung resp. delegierfähige Leistungen (ärztliche Leistungen ohne ärztliche Arbeitszeit)
GOP in Anhang 3	+	+	+	+	+
Kalkulationszeit	+	-	-	-	-
Prüfzeit	+	+	+	-	-
Sonstiges Kriterium	-	für Versichertenpauschale* und Chronikerzuschlag**, Grundpauschale Kap. 16** und 21**	sonstige GOPs	regionalspezifische GOPs, die nicht delegierfähig sind, EBM (vgl. separate Übersicht)	Laborleistungen, regionalspezifische Leistungen (separate Übersicht)
Verfahren zur Ermittlung von Kalkulationszeiten gemäß GKV-SV-Vorschlag	Verwendung der Kalkulationszeit	Ermittlung der nachberechneten Kalkulationszeit unter Zugrundelegung der Arzt-resp. Prüfzeit zzgl. Zuschlag	vgl. separate Übersicht	unter Zugrundelegung von AL (86 Euro-cent) und TL (abhängig von PBM) oder Beachtung der Leistungslegendierung (z.B. Beratung 30 Min.)	keine Berücksichtigung

* Abweichung zur KBV-Systematik

** Übernahme der Systematik des KBV-Vorschlages

Die in der Übersicht vermerkten weiteren Übersichten hat der Spitzenverband in Form mehrerer Tabellen im Excel-Format für die Analyse zur Verfügung gestellt, die hier nicht im Original wiedergegeben werden, vielmehr wird dargestellt, wie deren Inhalt in die Analyse eingegangen ist.

2.1.1 Kategorie I kalkulierte GOPs

Zu den GOPs der Kategorie I zählen alle GOPs, denen im Anhang 3 des EBM eine Kalkulationszeit zugeordnet ist. Unberücksichtigt bleiben daher die GOPs mit einer Kalkulationszeit von 0 und werden der Kategorie V zugeordnet, da diese Leistungen vollumfänglich delegierfähig sind resp. der Arzt hierfür keine Arbeitszeit aufwendet. Dabei handelt es sich um folgende GOPs:

Tabelle 3: GOPs mit Kalkulationszeit von 0 in Kategorie V
(delegierfähige Leistungen resp. Leistungen ohne ärztliche Arbeitszeit)

02500 Einzelinhalationstherapie mit Vernebler
02510 Wärmetherapie
02510A Wärmetherapie keine Zuzahlung
02511 Elektrotherapie
02511A
02512 Gezielte Elektrostimulation
17360 Zuschlag Extravasalphasenuntersuchung bei Mehrphasenzintigraphie
17361 Zuschlag sequentielle Aufnahmetechnik
33075 Zuschlag Farbduplex
36867 Strukturpauschale bei einer Verweildauer von mehr als 13 Tagen

2.1.2 Kategorie II GOPs mit nachberechneter Kalkulationszeit für Versichertenpauschale

Bestimmte GOPs mit Prüfzeit, jedoch ohne Kalkulationszeit werden mit einer Kalkulations- bzw. Ersatzzeit gemäß folgender Übersicht (Tabelle 4) berücksichtigt.

Tabelle 4: Arztzeit für GOPs mit Prüfzeit, jedoch ohne Kalkulationszeit
gemäß Vorgabe GKV-Spitzenverband

GOP	Text	Arztzeit in Minuten nach Vorgabe vom GKV- Spitzenverband
03110	Versichertenpauschale bis 5. Lebensjahr	29
03111	Versichertenpauschale 6. - 59. Lebensjahr	26
03112	Versichertenpauschale ab 60. Lebensjahr	30
03120	Versichertenpauschale bis 5. Lebensjahr	14
03121	Versichertenpauschale 6. - 59. Lebensjahr	13
03122	Versichertenpauschale ab 60. Lebensjahr	15
03212	Zuschlag zu den Versichertenpauschalen nach den Nrn. 03110 bis 03112 für die Behandlung von Patienten	24
04110	Versichertenpauschale bis 5. Lebensjahr	29
04111	Versichertenpauschale 6. - 59. Lebensjahr	26
04112	Versichertenpauschale ab 60. Lebensjahr	30
04120	Versichertenpauschale bis 5. Lebensjahr	14
04121	Versichertenpauschale 6. - 59. Lebensjahres	13
04122	Versichertenpauschale ab 60. Lebensjahr	15
16210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	35
16211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	35
16212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	35
21210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	23
21211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	22
21212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	22

2.1.3 Kategorie III GOPs ohne Kalkulationszeit, aber mit Prüfzeit

Die GOPs der Kategorie III werden in Tabelle 5 ausgewiesen.

Tabelle 5: GOPs in Kategorie III mit Prüfzeit, jedoch ohne Kalkulationszeit
gemäß Vorgabe GKV-Spitzenverband

GOP	Text
01410	Besuch
01413	Besuch eines weiteren Kranken
01420	Prüfung der Notwendigkeit und Koordination der häuslichen Krankenpflege
01611	Verordnung von medizinischer Rehabilitation
01612	Konsiliarbericht vor Psychotherapie
01700	Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin u.a.
01701	Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 01700 aufgeführten Arztgruppen
01721	Besuch wegen U1 - U2
01733	Zytologische Untersuchung (Krebsvorsorge)
01741	Totale Koloskopie gem. Krebsfrüherkennungsrichtlinien
01743	Histologie bei Früherkennungskoloskopie
01752	Beurteilung von Mammographieaufnahmen im Rahmen des Mammographie-Screening
01753	Abklärungsdiagnostik I im Rahmen des Mammographie-Screening
01754	Abklärungsdiagnostik II einschl. ultraschallgest. Biopsie im Rahmen des Mammographie-Screening
01755	Stanzbiopsie unter Röntgenkontrolle im Rahmen des Mammographie-Screening
01756	Histopathologische Untersuchung im Rahmen des Mammographie-Screening
01758	Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz im Rahmen des Mammographie-Screening
01759	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01753 oder 01755 für Vakuumbiopsie(n) der Mamma
01818	Entnahme von Zellmaterial aus der Endozervix im Rahmen des Chlamydien-Screenings nach der GOP 01817
01825	Entnahme von Zellmaterial von der Ektozervix und aus der Endozervix im Rahmen der Empfängnisregelung
01827	Scheidensekret- Mikroskopie
01843	Entnahme von Zellmaterial aus der Endozervix im Rahmen des Chlamydien-Screenings nach der GOP 01842
01918	Entnahme von Zellmaterial aus der Endozervix im Rahmen des Chlamydien-Screenings nach der GOP 01917
02360	Anwendung von Lokalanästhetika
03240	Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment
04212	Zuschlag zu Versichertenpauschalen 04110 bis 04112 für die Behandlung von Patienten mit schwerwiegender chronischer Krankheit
04410	Zusatzpauschale Kinderkardiologie
04418	Kontrolle eines Herzschrittmachers und/oder eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators
04420	Behandlung eines Herz-Transplantatträgers
04514	Zusatzpauschale Koloskopie
04560	Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines chronisch niereninsuffizienten Patienten
04561	Zusatzpauschale kindernephrologische Behandlung eines Nierentransplantat-trägers
04564	Zusatzpauschale kindernephrologische Betreuung bei Durchführung der Hämodialyse

GOP	Text
04565	Zusatzpauschale kindernephrologische Betreuung bei Durchführung einer Peritonealdialyse
04566	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 04564 und 04565 für die Durchführung einer Trainingsdialyse
04572	Zusatzpauschale kindernephrologische Betreuung bei LDL-Apherese
04573	Zusatzpauschale kindernephrologische Betreuung bei Apherese bei rheumatoider Arthritis
06332	PDT
08520	Beratung des Ehepaares gemäß Nr. 16 der Richtlinien über künstliche Befruchtung
08521	Beratung des Ehepaares gemäß Nr. 14 der Richtlinien über künstliche Befruchtung
08530	Intrazervikale, intrauterine oder intratubare homologe Insemination im Spontanzyklus
08531	Intrazervikale, intrauterine oder intratubare homologe Insemination nach hormoneller Stimulation
08541	Ultraschallgezielte und/oder laparoskopische Eizellentnahme
08550	In-vitro-Fertilisation (IVF) mit anschließendem Embryo-Transfer (ET)
08551	Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation (IVF) entsprechend der Gebührenordnungsposition 08550 bis zum Ausbleiben der Zellteilung
08552	Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation (IVF) entsprechend der Gebührenordnungspositionen 08550 bzw. 08560 bis frühestens zwei Tage vor der geplanten Follikelpunktion
08560	IVF einschl. ICSI mit anschließendem Embryo-Transfer (ET)
08561	IVF einschl. ICSI bis zum Ausbleiben der Zellteilung
09323	Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln
09335	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 09320 bei Durchführung einer Kinderaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage
09336	Kindersprachaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage
09351	Anlage einer Paukenhöhlendrainage
10320	Behandlung von Naevi flammei
10322	Behandlung von Hämangiomen
10324	Behandlung von Naevi flammei und/oder Hämangiomen
13421	Zusatzpauschale Koloskopie
13545	Zusatzpauschale Kardiologie I
13550	Zusatzpauschale Kardiologie II
13552	Kontrolle Herzschrittmacher, Kardioverter, Defibrillator
13561	Zusatzpauschale Behandlung eines Herz-Transplantatträgers
13600	Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines chronisch niereninsuffizienten Patienten
13601	Zusatzpauschale Behandlung eines Nieren-Transplantatträgers
13610	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Hämodialyse, Peritonealdialyse und Sonderverfahren
13611	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Peritonealdialyse
13612	Zuschlag zu den GOP 13610 und 13611 für die Durchführung einer Trainingsdialyse
13620	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese
13621	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Apherese bei rheumatoider Arthritis
16340	Testverfahren bei Demenzverdacht
19310	Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials
19311	Zytologische Untersuchung eines Materials
19312	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 19310 und 19311 für die Anwendung von Sonderverfahren
20323	Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln
20335	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 20320 bei Durchführung einer Kinderaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage
20336	Kindersprachaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage

GOP	Text
21340	Testverfahren bei Demenzverdacht
23214	Grundpauschale Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
25330	Moulagen- oder Flabtherapie
25331	Intrakavitäre/Intraluminale Brachytherapie
25332	Intrakavitäre vaginale Brachytherapie
25333	Interstitielle Brachytherapie
25340	Bestrahlungsplanung I
25341	Bestrahlungsplanung II
25342	Bestrahlungsplanung III
26313	Zusatzpauschale apparative Untersuchung bei Harninkontinenz oder neurogener Blasenentleerungsstörung
30300	Sensomotorische Übungsbehandlung (Einzelbehandlung)**
30301	Sensomotorische Übungsbehandlung (Gruppenbehandlung)**
30400	Massagetherapie**
30401	Intermittierende apparative Kompressionstherapie**
30402	Unterwassermassage**
30410	Atemgymnastik (Einzelbehandlung)**
30411	Atemgymnastik (Gruppenbehandlung)**
30420	Krankengymnastik (Einzelbehandlung)**
30421	Krankengymnastik (Gruppenbehandlung)**
30611	Hämorrhoiden-Ligatur
30710	Infusion von nach der BtMVV verschreibungspflichtigen Analgetika oder von Lokalanästhetika
30712	Anleitung des Patienten zur Selbstanwendung der transkutanen elektrischen Nervenstimulation
30720	Analgesie eines Hirnnerven oder eines Hirnnervenganglions
30721	Sympathikusblockade am zervikalen Grenzstrang
30722	Sympathikusblockade am thorakalen oder lumbalen Grenzstrang
30723	Ganglionäre Opioid-Applikation
30724	Spinalnerven-Analgesie und Analgesie der Rami communicantes an den Foramina intervertebralia
30730	Intravenöse regionale Sympathikusblockade in Blutleere
30731	Plexusanalgesie, Spinal- oder Periduralanalgesie
30740	Überprüfung eines zur Langzeitanalgesie angelegten Plexus-, Peridural- oder Spinalkatheters oder Funktionskontrolle und/oder Wiederauffüllung einer Medikamentenpumpe und/oder eines pr
30750	Erstprogrammierung einer externen Medikamentenpumpe zur Langzeitanalgesie
30751	Langzeitanalgospasmyse
30760	Dokumentierte Überwachung im Anschluss an die Gebührenordnungspositionen 30710, 30721, 30722, 30724 und 30730
30800	Hinzuziehung soziotherapeutischer Leistungserbringer
30810	Erstverordnung Soziotherapie
30811	Folgeverordnung Soziotherapie
31900	Praktische Schulung
31910	Fraktur-Einrichtung distal der Hand-/Fußwurzel
31912	Fraktur-Einrichtung Ellenbogen-/Kniegelenk
31914	Fraktur-Einrichtung proximal von Knie- oder Ellenbogengelenk
31920	Kontraktionsmobilisierung
31930	Anlegen einer orofazialen Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtung
31932	Behandlung mit einer orthopädischen Hilfsvorrichtung
31941	Abdrücke und Modelle I
31942	Abdrücke und Modelle II
31943	Abdrücke und Modelle III
31944	Abdrücke und Modelle IV
31945	Abdrücke und Modelle V
31946	Abdrücke und Modelle VI
33044	Sonographie der weiblichen Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase

GOP	Text
33064	PW-Doppler-Sonographie der Gefäße des männlichen Genitalsystems
33090	Zuschlag Transkavitäre Untersuchung
34274	Vakuumbiopsie(n) der Mamma im Zusammenhang mit GOP 34270
34431	MRT-Untersuchung der Mamma
34500	Durchleuchtungsgestützte Intervention bei PTC
34501	Durchleuchtungsgestützte Intervention bei Anlage eines Ösophagus-Stent
36881	Pneumologischer Komplex / Bodyplethysmographie
36882	Kardiologischer Komplex, Untersuchung mittels Einschwemmkatheter
36883	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 33070 bis 33073 für die Laufband-Ergometrie
36884	Blutgasanalyse, Säure-Basen-Status

Die hier aufgeführten GOPs außerhalb Kategorie II mit Prüfzeit, jedoch ohne Kalkulationszeit gehen in die Analyse nach folgender Vorgabe des GKV-Spitzenverbands ein.

„Berechnung der Arztzeit für die GOP, die nur eine Prüfzeit haben ohne Kalkulationszeit:

Auswahl von GOP mit Kalkulationszeit, aus denen der Leistungsbedarf ins Verhältnis zu der Arztzeit gesetzt wird (gesamter Leistungsbedarf über alle GOPs aus dem als Auswahl definierten Bereich).

Gesamter Leistungsbedarf über alle GOP aus dem als Auswahl definierten Bereich

<i>Verfahren</i>	<i>Auswahl-GOP</i>
<i>A</i>	<i>Bereich II (arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen) des EBM</i>
<i>B</i>	<i>Kapitel 3 bis 27 EBM; für eine zu bestimmende GOP werden jeweils als Bezugsgröße diejenigen GOP aus dem gleichen Kapitel herangezogen, für die eine Kalkulationszeit vorliegt</i>
<i>C</i>	<i>Bereich IV (arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen) des EBM</i>

..“

Diese Vorgabe wurde wie folgt für die Analyse umgesetzt.

Aus der Vorgabe des Spitzenverbands folgt, dass die Arztzeiten für die Analyse abzuleiten sind aus dem Leistungsbedarf gemäß der hier verwendeten Abrechnungsdaten, womit das Abrechnungsergebnis in den beiden KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008 ausschlaggebend ist, sowie die Zeitsummen von GOPs mit Kalkulationszeit, die sich aus den Kalkulationszeiten und der Leistungshäufigkeit in den Abrechnungsdaten ergeben. Die Vorgaben des GKV-SV zur Umsetzung der Kategorie III werden im Folgenden als „Ersatzverfahren“ bezeichnet. Das vom Spitzenverband als Methode vorgegebene Verhältnis von

Leistungsbedarf und Arztzeit wird als Verhältniszahl von errechneter Zeitsumme und Leistungsbedarf je Kapitel bzw. Bereich des EBM gebildet. Dies ergibt die mittlere Kalkulationszeit in Minuten je Punkt, EBM-Abschnitt und Quartal für GOP mit Kalkulationszeit.

Tabelle 6: Verhältniszahlen zur Berechnung der Zeitsummen in Kategorie III
(Ersatzverfahren des GKV-Spitzenverbands)

EBM-Kapitel-Abschnitt	Zeitsumme GOPs mit Kalkulationszeit* in Minuten	Leistungsbedarf GOPs mit Kalkulationszeit* in Punkten	mittl. Kalkulationszeit in Minuten je Punkt, EBM-Abschnitt und Quartal für GOP mit Kalkulationszeit (incl. GOP mit nachberechneter Kalkulationszeit von GKV-SV bei Fehlen)
EBM Kapitel II	47.241.872	1.550.654.215	0,030
EBM Kapitel III 3	170.358.679	5.133.800.330	0,033
EBM Kapitel III 4	19.310.833	670.575.395	0,029
EBM Kapitel III 6	21.341.759	682.687.753	0,031
EBM Kapitel III 8	20.253.935	558.229.300	0,036
EBM Kapitel III 9	16.305.709	517.336.460	0,032
EBM Kapitel III 10	9.670.200	316.519.283	0,031
EBM Kapitel III 13	10.692.403	418.761.218	0,026
EBM Kapitel III 16	1.174.864	37.790.695	0,031
EBM Kapitel III 19	269.046	25.758.335	0,010
EBM Kapitel III 20	3.100	116.250	0,027
EBM Kapitel III 21	10.888.618	305.947.985	0,036
EBM Kapitel III 23	2.687.272	68.155.875	0,039
EBM Kapitel III 26	8.051.354	237.411.539	0,034
EBM Kapitel IV	73.722.241	3.037.538.442	0,024

*GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus "Ersatzverfahren GKV-SV " ergänzt bei Fehlen

Die Verhältniszahl Minuten je Punkt führt dann wie folgt in einem gewählten Beispiel aus den verwendeten Daten zur Zeitsumme der GOPs aus Kategorie III, hier der GOP 01741 Totale Koloskopie gem. Krebsfrüherkennungsrichtlinien. Es wurde die nicht gerundete Verhältniszahl verwendet, hier ist die auf drei Nachkommastellen gerundete Verhältniszahl angegeben.

Leistungsbedarf GOP 01741 der Praxis in Punkten	255.175
mittl. Kalkulationszeit in Minuten je Punkt, EBM-Abschnitt und Quartal für GOP mit Kalkulationszeit ergänzt um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV bei Fehlen	0,030
Zeitsumme GOP 01741 der Praxis in Minuten	7.655

Die Zeitsumme ergibt sich durch Multiplikation des Leistungsbedarfs mit der mittleren Kalkulationszeit in Minuten je Punkt und EBM-Abschnitt und geht dann in die hier angestellte Plausibilitätsanalyse ein.

GOP 25340 Bestrahlungsplanung I lässt sich keine Verhältniszahl zuordnen, weil in den Daten der ausgewählten Fachgruppen keine GOP mit Kalkulationszeit aus dem betreffenden Kapitel zu finden ist.

Tabelle 7: GOPs in Kategorie III mit Prüfzeit, jedoch ohne Kalkulationszeit und zugeordnete Verhältniszahlen Minuten je Punkt*

EBM-Kapitel und GOPs		mittl. Kalkulationszeit in Minuten je Punkt, EBM-Abschnitt und Quartal für GOP mit Kalkulationszeit ergänzt um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV bei Fehlen
EBM Kapitel II	01410 Besuch	,030
	01410B	,030
	01410H Besuch 50% der Punktzahl	,030
	01410N	,030
	01413 Besuch eines weiteren Kranken	,030
	01413H Besuch eines weiteren Kranken 50% der Punktzahl	,030
	01420 Prüfung der Notwendigkeit und Koordination der häuslichen Krankenpflege	,030
	01611 Verordnung von medizinischer Rehabilitation	,030
	01612 Konsiliarbericht vor Psychotherapie	,030
	01701 Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 01700 aufgeführten Arztgruppen	,030
	01701V	,030
	01721 Besuch wegen U1 - U2	,030

EBM-Kapitel und GOPs		mittl. Kalkulationszeit in Minuten je Punkt, EBM-Abschnitt und Quartal für GOP mit Kalkulationszeit ergänzt um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV bei Fehlen
	01733 Zytologische Untersuchung (Krebsvorsorge)	,030
	01741 Totale Koloskopie gem. Krebsfrüherkennungsrichtlinien	,030
	01741M Früherkennungsuntersuchungen auf kolorektales Karzinom, die bei Männern erbracht werden	,030
	01743 Histologie bei Früherkennungskoloskopie	,030
	01743M	,030
	01758 Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz im Rahmen des Mammographie-Screening	,030
	01818	,030
	01825 Entnahme von Zellmaterial von der Ektozervix und aus der Endozervix im Rahmen der Empfängnisregelung	,030
	01827 Scheidensekret- Mikroskopie	,030
	01843	,030
	01918	,030
	02360 Anwendung von Lokalanästhetika	,030
EBM Kapitel III 3	03240 Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment	,033
EBM Kapitel III 4	04212 Zuschlag zu Versichertenpauschalen 04110 bis 04112 für die Behandlung von Patienten mit schwerwiegender chronische	,029
	04410 Zusatzpauschale Kinderkardiologie	,029
	04420 Behandlung eines Herz-Transplantatträgers	,029
	04560 Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines chronisch niereninsuffizienten Patienten	,029
	04561 Zusatzpauschale kindernephrologische Behandlung eines Nierentransplantatträgers	,029
EBM Kapitel III 6	06332 PDT	,031
	06332G	,031
EBM Kapitel III 8	08520 Beratung des Ehepaares gemäß Nr. 16 der Richtlinien über künstliche Befruchtung	,036
	08521 Beratung des Ehepaares gemäß Nr. 14 der Richtlinien über künstliche Befruchtung	,036
	08530X Intrazervikale, intrauterine oder intratubare homologe Insemination im Spontanzklus Durchführung einer Künstlich	,036
	08531X	,036
	08541X	,036
	08550X In-vitro-Fertilisation (IVF) mit anschließendem Embryo-Transfer (ET) Durchführung einer Künstlichen Befruchtung	,036
	08551X	,036
	08552X	,036

EBM-Kapitel und GOPs		mittl. Kalkulationszeit in Minuten je Punkt, EBM-Abschnitt und Quartal für GOP mit Kalkulationszeit ergänzt um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV bei Fehlen
	08560X IVF einschl. ICSI mit anschließendem Embryo-Transfer (ET) Durchführung einer Künstlichen Befruchtung	,036
	08561X	,036
EBM Kapitel III 9	09323 Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln	,032
	09335 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 09320 bei Durchführung einer Kinderaudiometrie an einer speziellen Kinder	,032
	09336 Kindersprachaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage	,032
	09351 Anlage einer Paukenhöhlendrainage	,032
	09351G	,032
EBM Kapitel III 10	10320 Behandlung von Naevi flammei	,031
	10322 Behandlung von Hämangiomen	,031
	10324 Behandlung von Naevi flammei und/oder Hämangiomen	,031
EBM Kapitel III 13	13421 Zusatzpauschale Koloskopie	,026
	13421G	,026
	13545 Zusatzpauschale Kardiologie I	,026
	13550 Zusatzpauschale Kardiologie II	,026
	13550I	,026
	13552 Kontrolle Herzschrittmacher, Kardioverter, Defibrillator	,026
	13561 Zusatzpauschale Behandlung eines Herz-Transplantatträgers	,026
	13600 Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines chronisch niereninsuffizienten Patienten	,026
	13601 Zusatzpauschale Behandlung eines Nieren-Transplantatträgers	,026
	13610 Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Hämodialyse, Peritonealdialyse und Sonderverfahren	,026
	13611 Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Peritonealdialyse	,026
	13612 Zuschlag zu den GOP 13610 und 13611 für die Durchführung einer Trainingsdialyse	,026
	13620 Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese	,026
EBM Kapitel III 16	16340 Testverfahren bei Demenzverdacht	,031
EBM Kapitel III 19	19310 Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials	,010
	19310G	,010
	19310S	,010
	19311 Zytologische Untersuchung eines Materials	,010
	19311G	,010
	19312 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 19310 und 19311 für die Anwendung von Sonderverfahren	,010
	19312G	,010

EBM-Kapitel und GOPs		mittl. Kalkulationszeit in Minuten je Punkt, EBM-Abschnitt und Quartal für GOP mit Kalkulationszeit ergänzt um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV bei Fehlen
EBM Kapitel III 20	20323 Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln	,027
EBM Kapitel III 21	21340 Testverfahren bei Demenzverdacht	,036
EBM Kapitel III 23	23214 Grundpauschale Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	,039
EBM Kapitel III 25	25340 Bestrahlungsplanung I	.
EBM Kapitel III 26	26313 Zusatzpauschale apparative Untersuchung bei Harninkontinenz oder neurogener Blasenentleerungsstörung	,034
EBM Kapitel IV	30300 Sensomotorische Übungsbehandlung (Einzelbehandlung)	,024
	30300A Sensomotorische Übungsbehandlung (Einzelbehandlung) keine Zuzahlung	,024
	30301 Sensomotorische Übungsbehandlung (Gruppenbehandlung)	,024
	30301A Sensomotorische Übungsbehandlung (Gruppenbehandlung) keine Zuzahlung	,024
	30400 Massagetherapie	,024
	30400A Massagetherapie keine Zuzahlung	,024
	30401 Intermittierende apparative Kompressionstherapie	,024
	30402 Unterwassermassage	,024
	30402A	,024
	30410 Atemgymnastik (Einzelbehandlung)	,024
	30410A	,024
	30411A	,024
	30420 Krankengymnastik (Einzelbehandlung)	,024
	30420A Krankengymnastik (Einzelbehandlung) keine Zuzahlung	,024
	30421 Krankengymnastik (Gruppenbehandlung)	,024
	30421A	,024
	30611 Hämorrhoiden-Ligatur	,024
	30710 Infusion von nach der BtMVV verschreibungspflichtigen Analgetika oder von Lokalanästhetika	,024
	30712 Anleitung des Patienten zur Selbstanwendung der transkutanen elektrischen Nervenstimulation	,024
	30720 Analgesie eines Hirnnerven oder eines Hirnnervenganglions	,024
	30721 Sympathikusblockade am zervikalen Grenzstrang	,024
	30722 Sympathikusblockade am thorakalen oder lumbalen Grenzstrang	,024
	30723 Ganglionäre Opioid-Applikation	,024
	30724 Spinalnerven-Analgesie und Analgesie der Rami communicantes an den Foramina intervertebralia	,024
	30730 Intravenöse regionale Sympathikusblockade in Blutleere	,024
	30731 Plexusanalgesie, Spinal- oder Periduralanalgesie	,024

	EBM-Kapitel und GOPs	mittl. Kalkulationszeit in Minuten je Punkt, EBM-Abschnitt und Quartal für GOP mit Kalkulationszeit ergänzt um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV bei Fehlen
	30740 Überprüfung eines zur Langzeitanalgesie angelegten Plexus-, Peridural- oder Spinalkatheters oder Funktionskontroll	,024
	30750 Erstprogrammierung einer externen Medikamentenpumpe zur Langzeitanalgesie	,024
	30751 Langzeitanalgospasmyse	,024
	30760 Dokumentierte Überwachung im Anschluss an die Gebührenordnungspositionen 30710, 30721, 30722, 30724 und 30730	,024
	30800 Hinzuziehung soziotherapeutischer Leistungserbringer	,024
	31900 Praktische Schulung	,024
	31910 Fraktur-Einrichtung distal der Hand-/Fußwurzel	,024
	31910G	,024
	31912 Fraktur-Einrichtung Ellenbogen-/Kniegelenk	,024
	31912G	,024
	31914 Fraktur-Einrichtung proximal von Knie- oder Ellenbogengelenk	,024
	31914G	,024
	31920 Kontraktionsmobilisierung	,024
	31930 Anlegen einer orofazialen Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtung	,024
	31932 Behandlung mit einer orthopädischen Hilfsvorrichtung	,024
	31941 Abdrücke und Modelle I	,024
	31942 Abdrücke und Modelle II	,024
	31943 Abdrücke und Modelle III	,024
	31944 Abdrücke und Modelle IV	,024
	31945 Abdrücke und Modelle V	,024
	31946 Abdrücke und Modelle VI	,024
	33044 Sonographie der weiblichen Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase	,024
	33044V	,024
	33044X	,024
	33064 PW-Doppler-Sonographie der Gefäße des männlichen Genitalsystems	,024
	33090 Zuschlag Transkavitäre Untersuchung	,024
	34274 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 34270 für Vakuumstanzbiopsie(n) der Mamma	,024
	34431 MRT-Untersuchung der Mamma	,024

*incl. GOP mit nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV bei Fehlen

Aus den mittleren Kalkulationszeiten in Minuten je Punkt ergeben sich multipliziert mit der Punktzahl je GOP aus Kategorie III errechnete bzw. kalkulierte Arztzeiten. Hierzu hat der GKV-Spitzenverband nachträglich Ober- und Untergrenzen vorgegeben mit folgendem Begleittext an das Zentralinstitut (Tab. 8).

„Wir haben auf Basis dieser Zusammenstellung [kalkulierte Arztzeiten für die Gebührenordnungspositionen aus der Kategorie III, d. Verf.] eine Ober- und Untergrenze bei den nachkalkulierten Arztzeiten eingezogen („Kappungsgrenze“), damit Ihre Berechnungsbasis um „unplausible“ Arztzeiten bereinigt wird. Wir sind dabei von der Prämisse ausgegangen, dass entsprechend der üblichen Vorgehensweise die kalkulierten Arztzeiten nicht höher als 120 % der Prüfzeiten liegen und umgekehrt, dass mindestens die Prüfzeiten zugrunde gelegt werden. Die daraus resultierenden Ergebnisse, die Sie für die weiteren Arbeiten nutzen werden, sind in der letzten Spalte hinterlegt.“

Soweit die Erläuterung des GKV-Spitzenverbands zur folgenden Übersicht, in der die erwähnten Ober- und Untergrenzen von Arztzeitvorgaben abgeleitet sind.

Die Übersicht enthält auch eine Vorgabe zur GOP 25340, für die das Ersatzverfahren aufgrund des Fehlens abgerechneter GOPs mit Kalkulationszeit aus dem Kapitel nicht angewendet werden konnte.

Tabelle 8: Vorgaben des GKV-Spitzenverbands für GOPs in Kategorie III mit Prüfzeit, jedoch ohne Kalkulationszeit (ausschlaggebende Zeitvorgabe in Spalte M)

	Summe Leistungsbedarf in Punkten aller ausgewählten Fachgruppen	mittl. Kalkulationszeit in Minuten je Punkt, EBM-Abschnitt und Quartal für GOP mit Kalkulationszeit ergänzt um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV bei Fehlen	Summe Kalkulationszeit je Quartal in Minuten ergänzt um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus "Ersatzverfahren GKV-SV" bei Fehlen	Summe Leistungshäufigkeit aller ausgewählten Fachgruppen	Punkte je GOP (Verhältnis Leistungsbedarf und Leistungshäufigkeit)*	errechnete Kalkulationszeit in Min. je GOP für GOP ohne konsentrierte Arztzeit	Kalkulationszeit in Minuten in Anhang 3 EBM	Prüfzeit in Minuten in Anhang 3 EBM	absolute Abweichung	Für Berechnung genutzte Arztzeit im Ersatzverfahren
01410 Besuch	172.439.080	0,030	5.253.489	391.907	440	13		15	-2	15
01410B	821.480	0,030	25.027	1.867	440	13		15	-2	15
01410H Besuch 50% der Punktzahl	13.640	0,030	416	31	440	13		15	-2	15
01410N	422.400	0,030	12.869	960	440	13		15	-2	15
01413 Besuch eines weiteren Kranken	61.461.190	0,030	1.872.462	285.866	215	7		5	2	6
01413H Besuch eines weiteren Kranken 50% der Punktzahl	16.125	0,030	491	75	215	7		5	2	6
01420 Prüfung der Notwendigkeit und Koordination der häuslichen Krankenpflege	797.650	0,030	24.301	3.010	265	8		3	5	4
01611 Verordnung von medizinischer Rehabilitation	2.371.770	0,030	72.258	2.774	855	26		25	1	26
01612 Konsiliarbericht vor Psychotherapie	186.270	0,030	5.675	1.774	105	3		1	2	1
01701 Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 01700 aufgeführten Arztgruppen	764.790	0,030	23.300	50.986	15	0		1	-1	1
01701V	3.915	0,030	119	261	15	0		1	-1	1
01721 Besuch wegen U1 - U2	194.480	0,030	5.925	442	440	13		15	-2	15
01733 Zytologische Untersuchung (Krebsvorsorge)	56.120.955	0,030	1.709.768	340.127	165	5		1	4	1

	Summe Leistungsbedarf in Punkten aller ausgewählten Fachgruppen	mittl. Kalkulationszeit in Minuten je Punkt, EBM-Abschnitt und Quartal für GOP mit Kalkulationszeit ergänzt um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV bei Fehlen	Summe Kalkulationszeit je Quartal in Minuten ergänzt um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus "Ersatzverfahren GKV-SV" bei Fehlen	Summe Leistungshäufigkeit aller ausgewählten Fachgruppen	Punkte je GOP (Verhältnis Leistungsbedarf und Leistungshäufigkeit)*	errechnete Kalkulationszeit in Min. je GOP für GOP ohne konsentrierte Arztzeit	Kalkulationszeit in Minuten in Anhang 3 EBM	Prüfzeit in Minuten in Anhang 3 EBM	absolute Abweichung	Für Berechnung genutzte Arztzeit im Ersatzverfahren
01741 Totale Koloskopie gem. Krebsfrüherkennungsrichtlinien	24.163.775	0,030	736.168	5.587	4.325	132		30	102	36
01741M Früherkennungsuntersuchungen auf kolorektales Karzinom, die bei Männern erbracht werden	20.197.750	0,030	615.340	4.670	4.325	132		30	102	36
01743 Histologie bei Früherkennungskoloskopie	1.092.430	0,030	33.282	3.767	290	9		3	6	4
01743M	397.590	0,030	12.113	1.371	290	9		3	6	4
01758 Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz im Rahmen des Mammographie-Screening	13.440	0,030	409	96	140	4		10	-6	10
01818	540.760	0,030	16.475	9.832	55	2		1	1	1
01825 Entnahme von Zellmaterial von der Ektozervix und aus der Endozervix im Rahmen der Empfängnisregelung	7.032.905	0,030	214.263	127.871	55	2		1	1	1
01827 Scheidensekret- Mikroskopie	27.028.500	0,030	823.444	360.380	75	2		1	1	1
01843	421.025	0,030	12.827	7.655	55	2		1	1	1
01918	52.305	0,030	1.594	951	55	2		1	1	1

	Summe Leistungsbedarf in Punkten aller ausgewählten Fachgruppen	mittl. Kalkulationszeit in Minuten je Punkt, EBM-Abschnitt und Quartal für GOP mit Kalkulationszeit ergänzt um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV bei Fehlen	Summe Kalkulationszeit je Quartal in Minuten ergänzt um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus "Ersatzverfahren GKV-SV" bei Fehlen	Summe Leistungshäufigkeit aller ausgewählten Fachgruppen	Punkte je GOP (Verhältnis Leistungsbedarf und Leistungshäufigkeit)*	errechnete Kalkulationszeit in Min. je GOP für GOP ohne konsentrierte Arztzeit	Kalkulationszeit in Minuten in Anhang 3 EBM	Prüfzeit in Minuten in Anhang 3 EBM	absolute Abweichung	Für Berechnung genutzte Arztzeit im Ersatzverfahren
02360 Anwendung von Lokalanästhetika	1.798.555	0,030	54.794	6.787	265	8		4	4	5
03240 Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment	6.253.740	0,033	207.522	16.902	370	12		10	2	12
04212 Zuschlag zu Versichertenpauschalen 04110 bis 04112 für die Behandlung von Patienten mit schwerwiegender chronische	46.824.525	0,029	1.348.425	94.595	495	14		20	-6	20
04410 Zusatzpauschale Kinderkardiologie	5.850.240	0,029	168.472	3.047	1.920	55		32	23	38
04420 Behandlung eines Herz-Transplantatträgers	1.770	0,029	51	3	590	17		18	-1	18
04560 Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines chronisch niereninsuffizienten Patienten	1.180	0,029	34	2	590	17		18	-1	18
04561 Zusatzpauschale kindernephrologische Behandlung eines Nierentransplantatträgers	2.950	0,029	85	5	590	17		18	-1	18
06332 PDT	88.340	0,031	2.762	14	6.310	197		40	157	48
06332G	50.480	0,031	1.578	8	6.310	197		40	157	48
08520 Beratung des Ehepaares gemäß Nr. 16 der Richtlinien über künstliche Befruchtung	87.170	0,036	3.163	379	230	8		15	-7	15
08521 Beratung des Ehepaares gemäß Nr. 14 der Richtlinien über künstliche Befruchtung	101.430	0,036	3.680	322	315	11		20	-9	20
08530X Intrazervikale, intrauterine oder intratubare homologe Insemi-	14.443	0,036	524	109	265	10		30	-20	30

	Summe Leistungsbedarf in Punkten aller ausgewählten Fachgruppen	mittl. Kalkulationszeit in Minuten je Punkt, EBM-Abschnitt und Quartal für GOP mit Kalkulationszeit ergänzt um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV bei Fehlen	Summe Kalkulationszeit je Quartal in Minuten ergänzt um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus "Ersatzverfahren GKV-SV" bei Fehlen	Summe Leistungshäufigkeit aller ausgewählten Fachgruppen	Punkte je GOP (Verhältnis Leistungsbedarf und Leistungshäufigkeit)*	errechnete Kalkulationszeit in Min. je GOP für GOP ohne konsentrierte Arztzeit	Kalkulationszeit in Minuten in Anhang 3 EBM	Prüfzeit in Minuten in Anhang 3 EBM	absolute Abweichung	Für Berechnung genutzte Arztzeit im Ersatzverfahren
nation im Spontanzklus Durchführung einer Künstlich										
08531X	20.663	0,036	750	87	475	17		30	-13	30
08541X	308.275	0,036	11.185	418	1.475	54		35	19	42
08550X In-vitro-Fertilisation (IVF) mit anschließendem Embryo-Transfer (ET) Durchführung einer Künstlichen Befruchtung	1.095.735	0,036	39.756	102	21.485	780		109	671	131
08551X	36.640	0,036	1.329	4	18.320	665		68	597	82
08552X	73.125	0,036	2.653	30	4.875	177		34	143	41
08560X IVF einschl. ICSI mit anschließendem Embryo-Transfer (ET) Durchführung einer Künstlichen Befruchtung	4.358.880	0,036	158.151	288	30.270	1.098		109	989	131
08561X	243.945	0,036	8.851	18	27.105	983		68	915	82
09323 Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln	28.856.080	0,032	909.503	131.164	220	7		2	5	2
09335 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 09320 bei Durchführung einer Kinderaudiometrie an einer speziellen Kinder	243.320	0,032	7.669	616	395	12		6	6	7
09336 Kindersprachaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage	74.100	0,032	2.336	156	475	15		10	5	12
09351 Anlage einer Paukenhöhlendrainage	257.925	0,032	8.129	543	475	15		5	10	6

	Summe Leistungsbedarf in Punkten aller ausgewählten Fachgruppen	mittl. Kalkulationszeit in Minuten je Punkt, EBM-Abschnitt und Quartal für GOP mit Kalkulationszeit ergänzt um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV bei Fehlen	Summe Kalkulationszeit je Quartal in Minuten ergänzt um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus "Ersatzverfahren GKV-SV" bei Fehlen	Summe Leistungshäufigkeit aller ausgewählten Fachgruppen	Punkte je GOP (Verhältnis Leistungsbedarf und Leistungshäufigkeit)*	errechnete Kalkulationszeit in Min. je GOP für GOP ohne konsentrierte Arztzeit	Kalkulationszeit in Minuten in Anhang 3 EBM	Prüfzeit in Minuten in Anhang 3 EBM	absolute Abweichung	Für Berechnung genutzte Arztzeit im Ersatzverfahren
09351G	37.050	0,032	1.168	78	475	15		5	10	6
10320 Behandlung von Naevi flammei	431.025	0,031	13.169	821	525	16		1	15	1
10322 Behandlung von Hämangiomen	6.450	0,031	197	15	430	13		1	12	1
10324 Behandlung von Naevi flammei und/oder Hämangiomen	85.680	0,031	2.618	204	420	13		1	12	1
13421 Zusatzpauschale Koloskopie	17.650.325	0,026	450.673	4.081	4.325	110		30	80	36
13421G	47.133.850	0,026	1.203.488	10.898	4.325	110		30	80	36
13545 Zusatzpauschale Kardiologie I	18.451.200	0,026	471.122	9.610	1.920	49		32	17	38
13550 Zusatzpauschale Kardiologie II	149.253.200	0,026	3.810.944	63.512	2.350	60		39	21	47
13550I	2.115	0,026	54	1	2.115	54		39	15	47
13552 Kontrolle Herzschrittmacher, Kardioverter, Defibrillator	9.833.920	0,026	251.094	12.448	790	20		12	8	14
13561 Zusatzpauschale Behandlung eines Herz-Transplantatträgers	18.880	0,026	482	32	590	15		18	-3	18
13600 Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines chronisch niereninsuffizienten Patienten	1.879.150	0,026	47.981	3.185	590	15		18	-3	18
13601 Zusatzpauschale Behandlung eines Nieren-Transplantatträgers	882.640	0,026	22.537	1.496	590	15		18	-3	18

	Summe Leistungsbedarf in Punkten aller ausgewählten Fachgruppen	mittl. Kalkulationszeit in Minuten je Punkt, EBM-Abschnitt und Quartal für GOP mit Kalkulationszeit ergänzt um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV bei Fehlen	Summe Kalkulationszeit je Quartal in Minuten ergänzt um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus "Ersatzverfahren GKV-SV" bei Fehlen	Summe Leistungshäufigkeit aller ausgewählten Fachgruppen	Punkte je GOP (Verhältnis Leistungsbedarf und Leistungshäufigkeit)*	errechnete Kalkulationszeit in Min. je GOP für GOP ohne konsentrierte Arztzeit	Kalkulationszeit in Minuten in Anhang 3 EBM	Prüfzeit in Minuten in Anhang 3 EBM	absolute Abweichung	Für Berechnung genutzte Arztzeit im Ersatzverfahren
13610 Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Hämodialyse, Peritonealdialyse und Sonderverfahren	62.233.920	0,026	1.589.044	148.176	420	11		10	1	11
13611 Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Peritonealdialyse	2.027.760	0,026	51.776	9.656	210	5		5	0	5
13612 Zuschlag zu den GOP 13610 und 13611 für die Durchführung einer Trainingsdialyse	13.335	0,026	340	21	635	16		15	1	16
13620 Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese	563.220	0,026	14.381	1.341	420	11		10	1	11
16340 Testverfahren bei Demenzverdacht	40.260	0,031	1.252	732	55	2		1	1	1
19310 Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials	63.909.425	0,010	667.534	271.955	235	2		4	-2	4
19310G	153.925	0,010	1.608	655	235	2		4	-2	4
19310S	45.590	0,010	476	194	235	2		4	-2	4
19311 Zytologische Untersuchung eines Materials	15.524.784	0,010	162.156	94.090	165	2		1	1	1
19311G	10.560	0,010	110	64	165	2		1	1	1
19312 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 19310 und 19311 für die Anwendung von Sonderverfahren	26.318.950	0,010	274.902	181.510	145	2		1	1	1
19312G	38.425	0,010	401	265	145	2		1	1	1
20323 Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln	6.600	0,027	176	30	220	6		2	4	2

	Summe Leistungsbedarf in Punkten aller ausgewählten Fachgruppen	mittl. Kalkulationszeit in Minuten je Punkt, EBM-Abschnitt und Quartal für GOP mit Kalkulationszeit ergänzt um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV bei Fehlen	Summe Kalkulationszeit je Quartal in Minuten ergänzt um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus "Ersatzverfahren GKV-SV" bei Fehlen	Summe Leistungshäufigkeit aller ausgewählten Fachgruppen	Punkte je GOP (Verhältnis Leistungsbedarf und Leistungshäufigkeit)*	errechnete Kalkulationszeit in Min. je GOP für GOP ohne konsentzierte Arztzeit	Kalkulationszeit in Minuten in Anhang 3 EBM	Prüfzeit in Minuten in Anhang 3 EBM	absolute Abweichung	Für Berechnung genutzte Arztzeit im Ersatzverfahren
21340 Testverfahren bei Demenzverdacht	98.560	0,036	3.508	1.792	55	2		1	1	1
23214 Grundpauschale Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	8.193.960	0,039	323.074	10.116	810	32		20	12	24
25340 Bestrahlungsplanung I	351.315		3	#WE RT!	4
26313 Zusatzpauschale apparative Untersuchung bei Harninkontinenz oder neurogener Blasenentleerungsstörung	1.448.080	0,034	49.109	787	1.840	62		33	29	40
30300 Sensomotorische Übungsbehandlung (Einzelbehandlung)	81.830	0,024	1.986	334	245	6		15	-9	15
30300A Sensomotorische Übungsbehandlung (Einzelbehandlung) keine Zuzahlung	997.640	0,024	24.213	4.072	245	6		15	-9	15
30301 Sensomotorische Übungsbehandlung (Gruppenbehandlung)	6.545	0,024	159	77	85	2		5	-3	5
30301A Sensomotorische Übungsbehandlung (Gruppenbehandlung) keine Zuzahlung	140.930	0,024	3.420	1.658	85	2		5	-3	5
30400 Massagetherapie	5.557.230	0,024	134.876	26.463	210	5		5	0	5
30400A Massagetherapie keine Zuzahlung	556.920	0,024	13.517	2.652	210	5		5	0	5
30401 Intermittierende apparative Kompressionstherapie	1.304.255	0,024	31.655	13.729	95	2		2	0	2
30402 Unterwassermassage	59.400	0,024	1.442	216	275	7		5	2	6
30402A	1.375	0,024	33	5	275	7		5	2	6

	Summe Leistungsbedarf in Punkten aller ausgewählten Fachgruppen	mittl. Kalkulationszeit in Minuten je Punkt, EBM-Abschnitt und Quartal für GOP mit Kalkulationszeit ergänzt um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV bei Fehlen	Summe Kalkulationszeit je Quartal in Minuten ergänzt um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus "Ersatzverfahren GKV-SV" bei Fehlen	Summe Leistungshäufigkeit aller ausgewählten Fachgruppen	Punkte je GOP (Verhältnis Leistungsbedarf und Leistungshäufigkeit)*	errechnete Kalkulationszeit in Min. je GOP für GOP ohne konsentrierte Arztzeit	Kalkulationszeit in Minuten in Anhang 3 EBM	Prüfzeit in Minuten in Anhang 3 EBM	absolute Abweichung	Für Berechnung genutzte Arztzeit im Ersatzverfahren
30410 Atemgymnastik (Einzelbehandlung)	51.030	0,024	1.239	243	210	5	15	15	-10	15
30410A	105.840	0,024	2.569	504	210	5	15	15	-10	15
30411A	190	0,024	5	2	95	2	5	5	-3	5
30420 Krankengymnastik (Einzelbehandlung)	3.399.420	0,024	82.505	12.828	265	6	15	15	-9	15
30420A Krankengymnastik (Einzelbehandlung) keine Zuzahlung	601.020	0,024	14.587	2.268	265	6	15	15	-9	15
30421 Krankengymnastik (Gruppenbehandlung)	47.790	0,024	1.160	354	135	3	5	5	-2	5
30421A	405	0,024	10	3	135	3	5	5	-2	5
30611 Hämorrhoiden-Ligatur	3.659.775	0,024	88.824	6.971	525	13	5	5	8	6
30710 Infusion von nach der BtMVV verschreibungspflichtigen Analgetika oder von Lokalanästhetika	1.191.645	0,024	28.922	3.783	315	8	4	4	4	5
30712 Anleitung des Patienten zur Selbstanwendung der transkutanen elektrischen Nervenstimulation	5.897.220	0,024	143.128	31.038	190	5	3	3	2	4
30720 Analgesie eines Hirnnerven oder eines Hirnnervenganglions	663.825	0,024	16.111	2.505	265	6	2	2	4	2
30721 Sympathikusblockade am zervikalen Grenzstrang	3.027.600	0,024	73.481	5.046	600	15	4	4	11	5
30722 Sympathikusblockade am thorakalen oder lumbalen Grenzstrang	3.453.450	0,024	83.817	6.578	525	13	4	4	9	5
30723 Ganglionäre Opioid-Applikation	633.615	0,024	15.378	2.391	265	6	3	3	3	4

	Summe Leistungsbedarf in Punkten aller ausgewählten Fachgruppen	mittl. Kalkulationszeit in Minuten je Punkt, EBM-Abschnitt und Quartal für GOP mit Kalkulationszeit ergänzt um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV bei Fehlen	Summe Kalkulationszeit je Quartal in Minuten ergänzt um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus "Ersatzverfahren GKV-SV" bei Fehlen	Summe Leistungshäufigkeit aller ausgewählten Fachgruppen	Punkte je GOP (Verhältnis Leistungsbedarf und Leistungshäufigkeit)*	errechnete Kalkulationszeit in Min. je GOP für GOP ohne konsentrierte Arztzeit	Kalkulationszeit in Minuten in Anhang 3 EBM	Prüfzeit in Minuten in Anhang 3 EBM	absolute Abweichung	Für Berechnung genutzte Arztzeit im Ersatzverfahren
30724 Spinalnerven-Analgesie und Analgesie der Rami communicantes an den Foramina intervertebralia	29.107.575	0,024	706.452	55.443	525	13		3	10	4
30730 Intravenöse regionale Sympathikusblockade in Bluteere	87.955	0,024	2.135	49	1.795	44		5	39	6
30731 Plexusanalgesie, Spinal- oder Periduralanalgesie	21.808.580	0,024	529.303	11.483	1.890	46		5	41	6
30740 Überprüfung eines zur Langzeitanalgesie angelegten Plexus-, Peridural- oder Spinalkatheters oder Funktionskontroll	230.895	0,024	5.604	753	306	7		5	2	6
30750 Erstprogrammierung einer externen Medikamentenpumpe zur Langzeitanalgesie	10.925	0,024	265	23	475	12		5	7	6
30751 Langzeitanalgesie	21.525	0,024	522	41	525	13		5	8	6
30760 Dokumentierte Überwachung im Anschluss an die Gebührenordnungspositionen 30710, 30721, 30722, 30724 und 30730	10.918.350	0,024	264.993	22.986	475	12		5	7	6
30800 Hinzuziehung soziotherapeutischer Leistungserbringer	58.140	0,024	1.411	306	190	5		1	4	1
31900 Praktische Schulung	622.790	0,024	15.115	4.018	155	4		3	1	4
31910 Fraktur-Einrichtung distal der Hand-/Fußwurzel	14.415	0,024	350	93	155	4		3	1	4
31910G	2.325	0,024	56	15	155	4		3	1	4
31912 Fraktur-Einrichtung Ellenbogen-/Kniegelenk	74.115	0,024	1.799	243	305	7		6	1	7

	Summe Leistungsbedarf in Punkten aller ausgewählten Fachgruppen	mittl. Kalkulationszeit in Minuten je Punkt, EBM-Abschnitt und Quartal für GOP mit Kalkulationszeit ergänzt um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV bei Fehlen	Summe Kalkulationszeit je Quartal in Minuten ergänzt um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus "Ersatzverfahren GKV-SV" bei Fehlen	Summe Leistungshäufigkeit aller ausgewählten Fachgruppen	Punkte je GOP (Verhältnis Leistungsbedarf und Leistungshäufigkeit)*	errechnete Kalkulationszeit in Min. je GOP für GOP ohne konsentrierte Arztzeit	Kalkulationszeit in Minuten in Anhang 3 EBM	Prüfzeit in Minuten in Anhang 3 EBM	absolute Abweichung	Für Berechnung genutzte Arztzeit im Ersatzverfahren
31912G	4.880	0,024	118	16	305	7		6	1	7
31914 Fraktur-Einrichtung proximal von Knie- oder Ellenbogengelenk	31.365	0,024	761	41	765	19		12	7	14
31914G	7.650	0,024	186	10	765	19		12	7	14
31920 Kontraktionsmobilisierung	578.680	0,024	14.045	1.258	460	11		9	2	11
31930 Anlegen einer orofazialen Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtung	4.590	0,024	111	6	765	19		12	7	14
31932 Behandlung mit einer orthopädischen Hilfsvorrichtung	260.100	0,024	6.313	340	765	19		12	7	14
31941 Abdrücke und Modelle I	11.141.555	0,024	270.410	71.881	155	4		3	1	4
31942 Abdrücke und Modelle II	49.470	0,024	1.201	194	255	6		5	1	6
31943 Abdrücke und Modelle III	3.355	0,024	81	11	305	7		6	1	7
31944 Abdrücke und Modelle IV	960	0,024	23	2	480	12		9	3	11
31945 Abdrücke und Modelle V	45.900	0,024	1.114	60	765	19		12	7	14
31946 Abdrücke und Modelle VI	91.280	0,024	2.215	112	815	20		13	7	16
33044 Sonographie der weiblichen Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase	120.070.560	0,024	2.914.159	300.186	399	10		7	3	8
33044V	105.200	0,024	2.553	263	400	10		7	3	8
33044X	99.400	0,024	2.412	497	400	10		7	3	8
33064 PW-Doppler-Sonographie der Gefäße des männlichen Genitalsystems	101.430	0,024	2.462	322	315	8		6	2	7

	Summe Leistungsbedarf in Punkten aller ausgewählten Fachgruppen	mittl. Kalkulationszeit in Minuten je Punkt, EBM-Abschnitt und Quartal für GOP mit Kalkulationszeit ergänzt um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV bei Fehlen	Summe Kalkulationszeit je Quartal in Minuten ergänzt um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus "Ersatzverfahren GKV-SV" bei Fehlen	Summe Leistungshäufigkeit aller ausgewählten Fachgruppen	Punkte je GOP (Verhältnis Leistungsbedarf und Leistungshäufigkeit)*	errechnete Kalkulationszeit in Min. je GOP für GOP ohne konsentrierte Arztzeit	Kalkulationszeit in Minuten in Anhang 3 EBM	Prüfzeit in Minuten in Anhang 3 EBM	absolute Abweichung	Für Berechnung genutzte Arztzeit im Ersatzverfahren
33090 Zuschlag Transkavitäre Untersuchung	3.441.312	0,024	83.522	21.545	159	4		2	2	2
34274 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 34270 für Vakuumstanzbiopsie(n) der Mamma	4.515	0,024	110	7	645	16		4	12	5
34431 MRT-Untersuchung der Mamma	595.200	0,024	14.446	96	6.200	150		14	136	17

*errechn. aus Leistungsbed. und GOP-Anzahl, da keine GO-Stammdatei vorliegt; KV-sp. GOPs<=40855 mit bund.-einheitl. GOPs zus.-gef., 'X'-GOP (kü.Befr.) volle Punktzahl

Quelle: Anhang 3 EBM, KBV, GKV-Spitzenverband, KV Brandenb., Nordrh.

Die in Tabelle 9 ausgewiesenen GOPs aus Kategorie III gehen nicht in die Analyse ein, da sie nicht von den ausgewählten Fachgruppen abgerechnet wurden.

Tabelle 9: GOPs in Kategorie III mit Prüfzeit, jedoch ohne Kalkulationszeit außerhalb der Analyse und ohne zugeordnete Verhältniszahlen Minuten je Punkt

GOP	Text
01700	Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin u.a.
01752	Beurteilung von Mammographieaufnahmen im Rahmen des Mammographie-Screening
01753	Abklärungsdiagnostik I im Rahmen des Mammographie-Screening
01754	Abklärungsdiagnostik II einschl. ultraschallgest. Biopsie im Rahmen des Mammographie-Screening
01755	Stanzbiopsie unter Röntgenkontrolle im Rahmen des Mammographie-Screening
01756	Histopathologische Untersuchung im Rahmen des Mammographie-Screening
01759	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01753 oder 01755 für Vakuumbiopsie(n) der Mamma
04418	Kontrolle eines Herzschrittmachers und/oder eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators
04514	Zusatzpauschale Koloskopie
04564	Zusatzpauschale kindernephrologische Betreuung bei Durchführung der Hämodialyse
04565	Zusatzpauschale kindernephrologische Betreuung bei Durchführung einer Peritonealdialyse
04566	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 04564 und 04565 für die Durchführung einer Trainingsdialyse
04572	Zusatzpauschale kindernephrologische Betreuung bei LDL-Apherese
04573	Zusatzpauschale kindernephrologische Betreuung bei Apherese bei rheumatoider Arthritis
13621	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Apherese bei rheumatoider Arthritis
20335	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 20320 bei Durchführung einer Kinderaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage
20336	Kindersprachaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage
25330	Moulagen- oder Flabtherapie
25331	Intrakavitäre/Intraluminale Brachytherapie
25332	Intrakavitäre vaginale Brachytherapie
25333	Interstitielle Brachytherapie
25341	Bestrahlungsplanung II
25342	Bestrahlungsplanung III
30810	Erstverordnung Soziotherapie
30811	Folgeverordnung Soziotherapie
34500	Durchleuchtungsgestützte Intervention bei PTC
34501	Durchleuchtungsgestützte Intervention bei Anlage eines Ösophagus-Stent
36881	Pneumologischer Komplex / Bodyplethysmographie
36882	Kardiologischer Komplex, Untersuchung mittels Einschwemmkatheter
36883	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 33070 bis 33073 für die Laufband-Ergometrie
36884	Blutgasanalyse, Säure-Basen-Status

2.1.4 Kategorie IV GOPs ohne Kalkulations- und Prüfzeit, aber ärztliche Leistung

Weiterhin hat der GKV-Spitzenverband GOPs Arztzeiten zugewiesen, die weder Kalkulations- noch Prüfzeit im EBM aufweisen, die jedoch dem Leistungsinhalt nach Arztzeiten (AL-Zeiten) beinhalten (Tabelle 10 und 11). Diesen hat der Spitzenverband die „bereinigte Arztzeit“ zugewiesen. Einzelheiten zur Kalkulationsmethode sind nicht Gegenstand der Analyse und hier nicht dargestellt.

Tabelle 10: GOPs ohne Kalkulations- und Prüfzeit im EBM2008 aber ärztliche Leistung, bundeseinheitliche GOPs < 89000

GOP	Text	Arztzeit bereinigt
01100	Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	11
01101	Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	11
01102	Inanspruchnahme an Samstagen	11
01210	Notfallpauschale	16
01214	Notfallkonsultationspauschale I	16
01216	Notfallkonsultationspauschale II	16
01218	Notfallkonsultationspauschale III	16
01220	Reanimationskomplex	68
01221	Zuschlag Beatmung	19
01222	Zuschlag Defibrillation	19
01411	Dringender Besuch I	26
01412	Dringender Besuch II	26
01414	Visite auf der Belegstation, je Patient	15
01415	Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal	26
01422	Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege	15
01424	Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege	15
01435	Telefonische Beratung im Zusammenhang mit einer Erkrankung	2
01436	Konsultationspauschale	2
01605	Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 01600 bis 01601	15
01610	Bescheinigung zur Belastungsgrenze	2
01620	Bescheinigung oder Zeugnis	3
01621	Krankheitsbericht	5
01622	Kurplan, Gutachten, Stellungnahme	9
01623	Kurvorschlag	6
01750	Röntgenuntersuchung im Rahmen des Mammographie-Screening	12
01812	Chlamydien-Antigen, vorgefertigter Testträger	3
01813	Chlamydien-Antigen, markierte Sonden	7
02318	Höchstwert für die Gebührenordnungsposition 02312	155
02319	Höchstwert für die Gebührenordnungsposition 02313	188
03130	Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme bei persönlichem A-P-K	19
03235	Qualifikation Psychosomatik	1

GOP	Text	Arztzeit bereinigt
04130	Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme bei persönlichem A-P-K	19
04235	Qualifikation Psychosomatik	1
08510	Erstellung eines Behandlungsplans	7
08540	Gewinnung und Untersuchung(en) des Spermas	16
12220	Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin u.a.	2
12225	Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 12220 aufgeführten Arztgruppen bei Probeneinsendung	1
34470	MRT-Angiographie der Hirngefäße	21
34475	MRT-Angiographie der Halsgefäße	21
34480	MRT-Angiographie der thorakalen Aorta und ihrer Abgänge und/oder ihrer Äste	21
34485	MRT-Angiographie der abdominalen Aorta und ihrer Äste 1. Ordnung	21
34486	MRT-Angiographie von Venen	21
34489	MRT-Angiographie der Becken- und Beinarterien (ohne Fußgefäße)	21
34490	MRT-Angiographie der Armarterien und armversorgenden Arterien	21
34492	Weitere Sequenzen nach Kontrastmitteleinbringung	8
81101	Vergütung für die präventive Untersuchung bei der BIG versicherter Kinder - U7a	36
81110	Komplexpauschale für die hausarztzentrierte Versorgung eines eingeschriebenen Versicherten	21
81110A	Komplexjahrespauschale für die hausarztzentrierte Versorgung eines eingeschriebenen Versicherten der BIG Gesundheit	21
81110B	Pauschale für die Behandlung eines an dem Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten der Knappschaft	7
86500	Für die Behandlung florider Tumorleiden oder maligner Hämoblastose, pro Behandlungsfall	13
86501	Für die parenterale Polychemotherapie (das verwendete Arzneimittel ist in der Abrechnung anzugeben), pro Behandlungsfall, zusätzlich zur Nr. 86500	42
86502	Onkologische Behandlung einer Hämoblastose gemäß § 3 Abs. 1 bis 3 der Onkologie-Vereinbarung, je Behandlungsfall	26
86503	Onkologische Behandlung solider Tumoren gemäß § 3 Abs. 1 bis 3 der Onkologie-Vereinbarung, je Behandlungsfall	13
86504	Spezifische intrakavitäre (Intravesikal, intrapleural, intraabdominal, intrathekal) zytostatische Tumortherapie gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 4.4 der Onkologie-Vereinbarung, je Behandlungsfall	13
86505	Intravasale (intravenös, intraarteriell) zytostatische Chemotherapie gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 4.1 bzw. 4.2 der Onkologie-Vereinbarung, je Behandlungsfall	129

Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, KBV, GKV-Spitzenverband

Tabelle 11: GOPs ohne Kalkulations- und Prüfzeit im EBM2008 aber ärztliche Leistung, KV-spezifische GOPs > 89000

GOP	TextBrandenburg*	TextNordrhein*	Arztzeit bereinigt in Min.
89000	Impfung Diphtherie		3
89000Z	weitere Impfung Diphtherie		1
89001	Impfung Hepatitis B		3
89001Z	weitere Impfung Hepatitis B		1
89002	Impfung Influenza Virusgrippe	Diphtherie Erste Impfung i. Rahmen eines Arzt-Patient-Kontakes	3
89002B		Diphtherie jede weitere Impfung i. Rahmen eines Arzt-Patient-Kontakes	2
89002Z	weitere Impfung Influenza		1
89003	Impfung Pertussis Keuchhusten	FSME Erste Impfung i. Rahmen eines Arzt-Patient-Kontakes	3
89003B		FSME jede weitere Impfung i. Rahmen eines Arzt-Patient-Kontakes	2
89003Z	weitere Impfung Pertussis		1
89004	Impfung Poliomyelitis Kinderlähmung	Hib Erste Impfung i. Rahmen eines Arzt-Patient-Kontakes	3
89004Z	weitere Impfung Poliomyelitis		1
89005	Impfung Masern	Hepatitis A Erste Impfung i. Rahmen eines Arzt-Patient-Kontakes	3
89005B		Hepatitis A jede weitere Impfung i. Rahmen eines Arzt-Patient-Kontakes	2
89006	Impfung Mumps	Hepatitis B Erste Impfung i. Rahmen eines Arzt-Patient-Kontakes	3
89006B		Hepatitis B jede weitere Impfung i. Rahmen eines Arzt-Patient-Kontakes	2
89006Z	weitere Impfung Mumps		1
89007	Impfung Röteln	Influenza Erste Impfung i. Rahmen eines Arzt-Patient-Kontakes	3
89007A		Impfaktion Influenza KKH, Erste Impfung i. Rahmen eines Arzt-Patient-Kontakes	3
89007B		Influenza jede weitere Impfung i. Rahmen eines Arzt-Patient-Kontakes	2
89007Z	weitere Impfung Röteln		1
89008	Impfung Tuberkulose	Masern Erste Impfung i. Rahmen eines Arzt-Patient-Kontakes	3
89008B		Masern jede weitere Impfung i. Rahmen eines Arzt-Patient-Kontakes	2
89009	Impfung Tetanus (Wundstarrkrampf)	Mumps Erste Impfung i. Rahmen eines Arzt-Patient-Kontakes	3
89009B		Mumps jede weitere Impfung i. Rahmen eines Arzt-Patient-Kontakes	2
89009Z	weitere Impfung Tetanus (Wundstarrkrampf)		1

GOP	TextBrandenburg*	TextNordrhein*	Arztzeit bereinigt in Min.
89010	Impfung Tollwut	Pertussis Erste Impfung i. Rahmen eines Arzt-Patient-Kontaktes	3
89010B		Pertussis jede weitere Impfung i. Rahmen eines Arzt-Patient-Kontaktes	2
89011	Impfung Frühsommermeningo-Enzephalitis (FSME)	Pneumokokken Erste Impfung i. Rahmen eines Arzt-Patient-Kontaktes	3
89011B		Pneumokokken jede weitere Impfung i. Rahmen ein. Arzt-Patient-Kontaktes	2
89011Z	weitere Impfung Frühsommermeningo-Enzephalitis (FSME)		1
89012	Impfung Haemophilus influenzae b- Infektion	Polio Erste Impfung i. Rahmen eines Arzt-Patient-Kontaktes	3
89012B		Polio jede weitere Impfung i. Rahmen eines Arzt-Patient-Kontaktes	2
89012Z	weitere Impfung Haemophilus influenzae b- Infektion		1
89013	Impfung Hepatitis A	Röteln Erste Impfung i. Rahmen eines Arzt-Patient-Kontaktes	3
89013B		Röteln jede weitere Impfung i. Rahmen eines Arzt-Patient-Kontaktes	2
89013Z	weitere Impfung Hepatitis A		1
89014	Impfung Pneumokokken-Infektionen	Tetanus Erste Impfung i. Rahmen eines Arzt-Patient-Kontaktes	3
89014B		Tetanus jede weitere Impfung i. Rahmen eines Arzt-Patient-Kontaktes	2
89014Z	weitere Impfung Pneumokokken-Infektionen		1
89015	Impfung Meningokokken		3
89015Z	weitere Impfung Meningokokken		1
89016		Varizellenimpfung i. Rahmen eines Arzt-Patient-Kontaktes	3
89016B		Varizellenimpfung jede weitere Impfung im Rahmen eines Arzt-Patient-Kontaktes	2
89017		Meningokokkenimpfung, Erste Impfung im Rahmen eines Arzt-Patienten-Kontaktes	3
89017B		Meningokokkenimpfung, jede weitere Impfung im Rahmen eines Arzt-Patienten-Kontaktes	2
89020	Impfung Diphtherie, Pertussis, Tetanus	DPT Erste Impfung i. Rahmen eines Arzt-Patient-Kontaktes	4
89020B		DPT jede weitere Impfung i. Rahmen eines Arzt-Patient-Kontaktes	2
89020Z	weitere Impfung Diphtherie, Pertussis, Tetanus		1
89021	Impfung Diphtherie, Tetanus	DT,TD Erste Impfung i. Rahmen eines Arzt-Patient-Kontaktes	4
89021B		DT,TD jede weitere Impfung i. Rahmen eines Arzt-Patient-Kontaktes	2

GOP	TextBrandenburg*	TextNordrhein*	Arztzeit bereinigt in Min.
89021Z	weitere Impfung Diphtherie, Tetanus		1
89022	Impfung Masern, Mumps	DT-Hib Erste Impfung i. Rahmen eines Arzt-Patient-Kontaktes	4
89023	Impfung Masern, Mumps, Röteln	DPT-Hib Erste Impfung i. Rahmen eines Arzt-Patient-Kontaktes	4
89023Z	weitere Impfung Masern, Mumps, Röteln		1
89024	Impfung Hepatitis A und B	DPT-IPV-Hib Erste Impfung i. Rahmen eines Arzt-Patient-Kontaktes	5
89024B		DPT-IPV-Hib jede weitere Impfung i. Rahmen eines Arzt-Patient-Kontaktes	2
89024Z	weitere Impfung Hepatitis A und B		1
89025		DPT-IPV Erste Impfung i. Rahmen eines Arzt-Patient-Kontaktes	7
89025B		DPT-IPV jede weitere Impfung i. Rahmen eines Arzt-Patient-Kontaktes	2
89026	Impfung Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Haemophilus influenzae b- Infektion	DPT,Hib,Hepatitis B Erste Impfung i. Rahmen eines Arzt-Patient-Kontaktes	7
89026B		DPT,Hib,Hepatitis B jede weitere Impfung i. Rahmen eines Arzt/Patienten Kontakte	2
89026Z	weitere Impfung Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Haemophilus influenzae b- Infektion		1
89027	Impfung Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae b- Infektion	Masern,Mumps Erste Impfung i. Rahmen eines Arzt-Patient-Kontaktes	4
89027B		Masern,Mumps jede weitere Impfung i. Rahmen eines Arzt/Patienten Kontaktes	2
89027Z	weitere Impfung Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae b- Infektion		1
89028	Impfung Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis	MMR Erste Impfung i.Rahmen eines Arzt-Patient-Kontaktes	4
89028B		MMR jede weitere Impfung i.Rahmen eines Arzt-Patient-Kontaktes	2
89028Z	weitere Impfung Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis		1
89029	Impfung Diphtherie Tetanus Haemophilus influenzae	sonstige Mehrfachimpfg. Erste Impfung i.Rahmen eines Arzt/Pat.-Kontaktes	7
89029B		sonstige Mehrfachimpfg. jede weitere Impfung i.Rahmen eines Arzt/Pat. Kontaktes	2
89030		sonstige Zwei- u. Dreifach-Impfung	4
89030B		sonstige Zwei- u. Dreifach-Impfung i.APK	2
89034	Impfung Diphtherie Tetanus Poli-		4

GOP	TextBrandenburg*	TextNordrhein*	Arztzeit bereinigt in Min.
	omyelitis		
89034Z	weitere Impfung DiphtherieTetanus Poliomyelitis		1
89035	Impfung Haemophilus influenzae b- Infektion, Hepatitis B		4
89036	Indikationsimpfung gegen Varizellen		3
89036Z	weitere Indikationsimpfung gegen Varizellen		1
89037	Impfung Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae b- Infektion, Hepatitis B		7
89037Z	weitere Impfung Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae b- Infektion, Hepatitis B		1
89038	Impfung Masern, Mumps, Röteln und Varizellen		4
89038Z	weitere Impfung Masern, Mumps, Röteln und Varizellen		1
89100A		Diphtherie (Standardimpfung) - Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre erste Dosen eines Impfzyklus	3
89100B		Diphtherie (Standardimpfung) - Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre letzte Dosis eines Impfzyklus	3
89100H		Diphtherie (Standardimpfung) - Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre jede weitere Impfung i. Rahmen APK	2
89100R		Diphtherie (Standardimpfung) - Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre Auffrischimpfung	3
89101A		Diphtherie (Standardimpfung) - Sonstige Indikationen erste Dosen eines Impfzyklus	3
89101B		Diphtherie (Standardimpfung) - Sonstige Indikationen letzte Dosis eines Impfzyklus	3
89101H		Diphtherie (Standardimpfung) - Sonstige Indikationen jede weitere Impfung i. Rahmen APK	2
89101R		Diphtherie Sonstige Indikation Auffrischimpfung	3
89102A		Frühsommermeningo- Enzephalitis (FSME) erste Dosen eines Impfzyklus	3
89102B		Frühsommermeningo- Enzephalitis (FSME) letzte Dosis eines Impfzyklus	3
89102H		Frühsommermeningo- Enzephalitis (FSME) jede weitere Impfung i. Rahmen APK	2

GOP	TextBrandenburg*	TextNordrhein*	Arztzeit bereinigt in Min.
89102R		Frühsommermeningo- Enzephalitis (FSME) Auffrischimpfung	3
89103A		Haemophilus influenzae Typ b (Standardimpfung) - Säuglinge und Kleinkinder erste Dosen eines Impfzyklus	3
89103B		Haemophilus influenzae Typ b (Standardimpfung) - Säuglinge und Kleinkinder letzte Dosis eines Impfzyklus	3
89103H		Haemophilus influenzae Typ b (Standardimpfung) - Säuglinge und Kleinkinder jede weitere Impfung i.Rahmen APK	2
89104A		Haemophilus influenzae Typ b sonstige Indikation erste Dosen eines Impfzyklus	3
89104B		Haemophilus influenzae Typ b sonstige Indikation letzte Dosis eines Impfzyklus	3
89104H		Haemophilus influenzae Typ b sonstige Indikation jede weitere Impfung i. Rahmen APK	2
89105A		Hepatitis A erste Dosen eines Impfzyklus	3
89105B		Hepatitis A letzte Dosis eines Impfzyklus	3
89105H		Hepatitis A jede weitere Impfung i.Rahmen APK	2
89105R		Hepatitis A - Auffrischimpfung	3
89106A		Hepatitis B (Standardimpfung)- Säuglinge,Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre erste Dosen eines Impfzyklus	3
89106B		Hepatitis B (Standardimpfung)- Säuglinge,Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre	3
89106H		Hepatitis B (Standardimpfung)- Säuglinge,Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre jede weitere Impfung i.Rahmen APK	2
89107A		Hepatitis B sonstige Indikationen erste Dosen eines Impfzyklus	3
89107B		Hepatitis B sonstige Indikationen letzte Dosis eines Impfzyklus	3
89107H		Hepatitis B sonstige Indikationen jede weitere Impfung i.Rahmen APK	2
89107R		Hepatitis B sonstige Indikation Auffrischimpfung	3
89108A		Hepatitis B Dialysepatienten erste Dosen eines Impfzyklus	3
89108B		Hepatitis B Dialysepatienten letzte Dosis eines Impfzyklus	3
89108H		Hepatitis B Dialysepatienten jede weitere Impfung i.Rahmen APK	2
89108R		Hepatitis B Dialysepatienten Auf-	3

GOP	TextBrandenburg*	TextNordrhein*	Arztzeit bereinigt in Min.
		frischimpfung	
89110A		HPV-Impfung 1. und 2. Impfung	3
89110B		HPV-Impfung, 3. Impfung	5
89110C		HPV-Impfung, jede weitere Impfung i. Rahmen eines Arzt/Patienten Kontaktes	2
89111		Influenza (Standardimpfung)- Personen über 60 Jahre erste Dosen eines Impfzyklus	3
89111H		Influenza (Standardimpfung)- Personen über 60 Jahre jede weitere Impfung i.Rahmen APK	2
89112		Influenza sonstige Indikationen erste Dosen eines Impfzyklus	3
89112H		Influenza sonstige Indikationen jede weitere Impfung i.Rahmen APK	2
89113		Masern Erwachsene erste Dosen eines Impfzyklus	3
89113H		Masern Erwachsene jede weitere Impfung i.Rahmen APK	2
89114		Meningokokkenimpfung Konjugatimpfstoff (Standardimpfung)-Kinder erste Dosen eines Impfzyklus	3
89114H		Meningokokkenimpfung Konjugatimpfstoff (Standardimpfung)-Kinder jede weitere Impfung i.Rahmen APK	2
89115A		Meningokokkenimpfung -sonstige Indikation erste Dosen eines Impfzyklus	3
89115B		Meningokokkenimpfung -sonstige Indikation letzte Dosis eines Impfzyklus	3
89115H		Meningokokkenimpfung -sonstige Indikation jede weitere Impfung i.Rahmen APK	2
89115R		Meningokokkenimpfung -sonstige Indikation Auffrischimpfung	3
89116A		Pertussis (Standardimpfung)- Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre erste Dosen eines Impfzyklus	3
89116B		Pertussis (Standardimpfung)- Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre letzte Dosis eines Impfzyklus	3
89116H		Pertussis (Standardimpfung)- Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre jede weitere Impfung i.Rahmen APK	2
89117A		Pertussis sonstige Indikation erste Dosen eines Impfzyklus	3
89117B		Pertussis sonstige Indikation letzte Dosis eines Impfzyklus	3
89117H		Pertussis sonstige Indikation jede weitere Impfung i.Rahmen APK	2

GOP	TextBrandenburg*	TextNordrhein*	Arztzeit bereinigt in Min.
89118A		Pneumokokken Konjugatimpfstoff (Standardimpfung)-Kinder bis 24 Monate erste Dosen eines Impfzyklus	3
89118B		Pneumokokken Konjugatimpfstoff (Standardimpfung)-Kinder bis 24 Monate letzte Dosis eines Impfzyklus	3
89118H		Pneumokokken Konjugatimpfstoff (Standardimpfung)-Kinder bis 24 Monate jede weitere Impfung i.Rahmen APK	2
89119		Pneumokokken Polysaccharidimpfstoff (Standardimpfung)-Personen über 60 Jahre erste Dosen eines Impfzyklus	3
89119H		Pneumokokken Polysaccharidimpfstoff (Standardimpfung)-Personen über 60 Jahre jede weitere Impfung i.Rahmen APK	2
89120		Pneumokokken -Personen mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung erste Dosen eines Impfzyklus	3
89120H		Pneumokokken -Personen mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung jede weitere Impfung i.Rahmen APK	2
89120R		Pneumokokken -Personen mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung Auffrischimpfung	3
89121A		Polio (Standardimpfung)-Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre erste Dosen eines Impfzyklus	3
89121B		Polio (Standardimpfung)-Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre letzte Dosis eines Impfzyklus	3
89121H		Polio (Standardimpfung)-Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre jede weitere Impfung i.Rahmen APK	2
89121R		Polio (Standardimpfung)-Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre Auffrischimpfung	3
89122A		Polio sonstige Indikationen erste Dosen eines Impfzyklus	3
89122B		Polio sonstige Indikationen letzte Dosis eines Impfzyklus	3
89122H		Polio sonstige Indikationen jede weitere Impfung i.Rahmen APK	2
89122R		Polio sonstige Indikationen Auffrischimpfung	3
89123		Röteln Erwachsene erste Dosen eines Impfzyklus	3
89123H		Röteln Erwachsene jede weitere Impfung i.Rahmen APK	2
89124A		Tetanus erste Dosen eines Impfzyklus	3
89124B		Tetanus letzte Dosis eines Impfzyklus	3

GOP	TextBrandenburg*	TextNordrhein*	Arztzeit bereinigt in Min.
		lus	
89124H		Tetanus jede weitere Impfung i.Rahmen APK	2
89124R		Tetanus Auffrischimpfung	3
89125A		Varizellenimpfung (Standardimpfung)- Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre erste Dosen eines Impfzyklus	3
89125B		Varizellenimpfung (Standardimpfung)- Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre letzte Dosis eines Impfzyklus	3
89125H		Varizellenimpfung (Standardimpfung)- Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre jede weitere Impfung i.Rahmen APK	2
89126A		Varizellenimpfung sonstige Indikationen erste Dosen eines Impfzyklus	3
89126B		Varizellenimpfung sonstige Indikationen letzte Dosis eines Impfzyklus	3
89126H		Varizellenimpfung sonstige Indikationen jede weitere Impfung i.Rahmen APK	2
89200A		Diphtherie, Tetanus (DT) (Kinder) erste Dosen eines Impfzyklus	4
89200B		Diphtherie, Tetanus (DT) (Kinder) letzte Dosis eines Impfzyklus	4
89200H		Diphtherie, Tetanus (DT) (Kinder) jede weitere Impfung i.Rahmen APK	2
89201A		Diphtherie, Tetanus (Td) (Erwachsene) erste Dosen eines Impfzyklus	4
89201B		Diphtherie, Tetanus (Td) (Erwachsene) letzte Dosis eines Impfzyklus	4
89201H		Diphtherie, Tetanus (Td) (Erwachsene) jede weitere Impfung i.Rahmen APK	2
89201R		Diphtherie, Tetanus (Td) (Erwachsene) Auffrischimpfung	4
89202A		Hepatitis A und Hepatitis B (HA-HB) nur beim Vorliegen der Indikation erste Dosen eines Impfzyklus	4
89202B		Hepatitis A und Hepatitis B (HA-HB) nur beim Vorliegen der Indikation letzte Dosis eines Impfzyklus	4
89202H		Hepatitis A und Hepatitis B (HA-HB) nur beim Vorliegen der Indikation jede weitere Impfung i.Rahmen APK	2
89203A		Haemophilus influenzae Typ b Hepatitis B erste Dosen eines Impfzyklus	4
89203B		Haemophilus influenzae Typ b Hepatitis B letzte Dosis eines Impfzyklus	4
89203H		Haemophilus influenzae Typ b Hepatitis B jede weitere Impfung i.Rahmen APK	2

GOP	TextBrandenburg*	TextNordrhein*	Arztzeit bereinigt in Min.
89300A		Diphtherie, Pertussis, Tetanus(DtaP) erste Dosen eines Impfzyklus	4
89300B		Diphtherie, Pertussis, Tetanus(DtaP) letzte Dosis eines Impfzyklus	4
89300H		Diphtherie, Pertussis, Tetanus(DtaP) jede weitere Impfung i.Rahmen APK	2
89301A		Masern, Mumps, Röteln(MMR) erste Dosen eines Impfzyklus	4
89301B		Masern, Mumps, Röteln (MMR) letzte Dosis eines Impfzyklus	4
89301H		Masern, Mumps, Röteln(MMR) jede weitere Impfung i.Rahmen APK	2
89302		Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis(TdIPV) erste Dosen eines Impfzyklus	4
89302H		Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis(TdIPV) jede weitere Impfung i.Rahmen APK	2
89302R		Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis(TdIPV) Auffrischimpfung	4
89303		Diphtherie, Pertussis, Tetanus(Tdap) erste Dosen eines Impfzyklus	4
89303H		Diphtherie, Pertussis, Tetanus(Tdap) jede weitere Impfung i.Rahmen APK	2
89303R		Diphtherie, Pertussis, Tetanus(Tdap) auffrischimpfung	4
89400		Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis(TdapIPV) erste Dosen eines Impfzyklus	7
89400R		Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis(TdapIPV) Auffrischimpfung	7
89401A		Masern, Mumps, Röteln, Varizellen(MMRV) erste Dosen eines Impfzyklus	7
89401B		Masern, Mumps, Röteln, Varizellen(MMRV) letzte Dosis eines Impfzyklus	7
89401H		Masern, Mumps, Röteln, Varizellen(MMRV) jede weitere Impfung i.Rahmen APK	2
89500A		Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b (DTaP-IPV-Hib) erste Dosen eines Impfzyklus	7
89500B		Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b (DTaP-IPV-Hib) Letzte Dosis eines Impfzyklus	7

GOP	TextBrandenburg*	TextNordrhein*	Arztzeit bereinigt in Min.
89500H		Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b (DTaP-IPV-Hib) jede weitere Impfung i. Rahmen APK	2
89600A		Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b, Hepatitis (DTaP-IPV-Hib-HB) erste Dosen eines Impfzyklus	7
89600B		Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b (DTaP-IPV-Hib) erste Dosen eines Impfzyklus	7
89600H		Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b, Hepatitis (DTaP-IPV-Hib-HB) jede weitere Impfung i. Rahmen APK	2
89701		Reiseimpfung Rotavirus nur bei BIG Gesundheit	3
89703		Reiseimpfung Hepatitis A	7
89703A		Reiseimpfung Hepatitis A	6
89703L		Reiseimpfung Hepatitis A, jede weitere Reiseimpfung i. Rahmen eines Arzt-Patient-Kontaktes	3
89704		Reiseimpfung Hepatitis B	7
89704A		Reiseimpfung Hepatitis B	6
89704B		Reiseimpfung Hepatitis B, jede weitere Reiseimpfung i. Rahmen eines Arzt-Patient-Kontaktes	3
89704L		Reiseimpfung Hepatitis B, jede weitere Reiseimpfung i. Rahmen eines Arzt-Patient-Kontaktes	3
89705		Reiseimpfung Hepatitis A und B (Kombinationsimpfstoff)	7
89705A		Reiseimpfung Hepatitis A und B (Kombinationsimpfstoff)	6
89706		Reiseimpfung FSME (Frühsommermeningitis)	7
89706A		Reiseimpfung FSME (Frühsommermeningitis)	6
89706B		Reiseimpfung FSME (Frühsommermeningitis), jede weitere Reiseimpfung i. Rahmen eines Arzt-Patient-Kontaktes	3
89706L		Reiseimpfung FSME (Frühsommermeningitis), jede weitere Reiseimpfung i. Rahmen eines Arzt-Patient-Kontaktes	3
89708		Reiseimpfung Meningokokken	7
89708A		Reiseimpfung Meningokokken	6
89708B		Reiseimpfung Meningokokken, jede weitere Reiseimpfung i. Rahmen eines Arzt-Patient-Kontaktes	3

GOP	TextBrandenburg*	TextNordrhein*	Arztzeit bereinigt in Min.
89708L		Reiseimpfung Meningokokken, jede weitere Reiseimpfung i.Rahmen eines Arzt-Patient-Kontaktes	3
89709		Reiseimpfung Tollwut	7
89709A		Reiseimpfung Tollwut	6
89709B		Reiseimpfung Tollwut, jede weitere Reiseimpfung i.Rahmen eines Arzt-Patient-Kontaktes	3
89709L		Reiseimpfung Tollwut, jede weitere Reiseimpfung i.Rahmen eines Arzt-Patient-Kontaktes	3
89710		Reiseimpfung Typhus	7
89710A		Reiseimpfung Typhus	6
89710B		Reiseimpfung Typhus, jede weitere Reiseimpfung i.Rahmen eines Arzt-Patient-Kontaktes	3
89710L		Reiseimpfung Typhus, jede weitere Reiseimpfung i.Rahmen eines Arzt-Patient-Kontaktes	3
89711		Reiseimpfung Typhus und Hepatitis A (Kombinationsimpfstoff)	7
89711A		Reiseimpfung Typhus und Hepatitis A (Kombinationsimpfstoff)	6
89711B		Reiseimpfung Typhus und Hepatitis A (Kombinationsimpfstoff), jede weitere Reiseimpfung i.Rahmen eines Arzt-Patient-Kontaktes	3
89712		Reiseimpfung Cholera	7
89712A		Reiseimpfung Cholera	6
89712B		Reiseimpfung Cholera, jede weitere Reiseimpfung i.Rahmen eines Arzt-Patient-Kontaktes	3
89712L		Reiseimpfung Cholera, jede weitere Reiseimpfung i.Rahmen eines Arzt-Patient-Kontaktes	3
89713		Reiseimpfung Gelbfieber	7
89713A		Reiseimpfung Gelbfieber	6
89713B		Reiseimpfung Gelbfieber, jede weitere Reiseimpfung i.Rahmen eines Arzt-Patient-Kontaktes	3
89713L		Reiseimpfung Gelbfieber, jede weitere Reiseimpfung i.Rahmen eines Arzt-Patient-Kontaktes	3
89714		Reiseimpfung Malaria (Tabletten)	6
89714B		Reiseimpfung Malaria (Tabletten), jede weitere Reiseimpfung i.Rahmen eines Arzt-Patient-Kontaktes	3
89715		HPV Impfung div.BKKen, 18 bis 26 Jahre	6
89715A		HPV Impfung TK/GEK, 18 bis 26 Jahre/1.und 2. Impfung	3
89715C		HPV Impfung TK/GEK, 18 bis 26 Jahre/3. Impfung	10
90221		DMP Asthma Einschreibung und Erstdokumentation	19

GOP	TextBrandenburg*	TextNordrhein*	Arztzeit bereinigt in Min.
90222		DMP Asthma Folgedokumentation	11
90223		DMP Asthma Folgedokumentation Arztwechsel	11
90224		DMP COPD, Einschreibung und Erstdokumentation	19
90225		DMP COPD, Folgedokumentation	11
90226		DMP COPD, Folgedokumentation Arztwechsel	11
90227	#NV	DMP COPD, Differenzierter Bericht des Facharztes an den Hausarzt für die Einschreibung in das DMP COPD	11
90228		DMP Asthma Differenzierter Bericht des Facharztes an den Hausarzt für die Einschreibung in das DMP Asthma	11
90230		DMP Asthma, Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen, 30 UE	9
90232		DMP Asthma, Instruktion bei Neuerkrankungen oder Umstellung Medikation (Kinder u. Jugendl.), max. 2 UE	8
90236		DMP Asthma, Instruktion bei Neuerkrankung oder Umstellung Medikation (Erwachsene Asthmatiker), 1 UE	8
90242		DMP COPD, Instruktion bei Neuerkrankung oder Umstellung Medikation, 1 UE	8
90300		DMP Diabetes mellitus Typ 2, Neueinstellung Diabetiker Typ 2 Diabetiker inkl. Schulung (7 DStd.)	359
90300A		DMP Diabetes mellitus Typ 1, Neueinstellung Diabetiker Typ 1 Diabetiker ohne Schulung	229
90300E		Diabetes Schulungszentrum Dr. Huptas,, Neueinstellung Diabetiker II ohne Schulungen	225
90301		DMP Diabetes mellitus Typ 2, Umstellung älterer Typ 2 Diabetiker auf Insulin (ohne Schulung)	153
90302		DMP Diabetes mellitus Typ 2, Neueinstellung von Typ 2 Diabetikern z. Zeitpkt. der Krankheitsentdeckung (ohne Schulung)	153
90303A		DMP Diabetes mellitus Typ 1, Neueinstellung Pumpentherap.	153
90304		DMP Diabetes mellitus Typ 1, Betreuung von schwangeren Diabetikerinnen	145
90305		DMP Diabetes mellitus Typ 2, Diagn. diab. Neuropathie und der angiologischer Probleme	28
90305A		DMP Diabetes mellitus Typ 1, diab. Neuropathie und der angiologischer Probleme	28

GOP	TextBrandenburg*	TextNordrhein*	Arztzeit bereinigt in Min.
90306		DMP Diabetes mellitus Typ 2, Versorgung diab. Fußläsionen	12
90306A		DMP Diabetes mellitus Typ 1, Versorgung diab. Fußläsionen	6
90307		DMP Diabetes mellitus Typ 2, Einzelschulung bei lebensverändernden Situationen	20
90307A		DMP Diabetes mellitus Typ 1, Einzelschulung bei lebensverändernden Situationen	20
90310		DMP Diabetes mellitus Typ 2, Betreuungskomplex d. SSP	23
90310A		DMP Diabetes mellitus Typ 1, Betreuungskomplex d. SSP	27
90311		DMP Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Dokumentation des Augenbefundes	4
90321		DMP Diabetes Typ 2, Leistungskomplex 1mal pro Quartal	23
90324		DMP Diabetes mellitus Typ 2, Information, Beratung u. Erstdokumentation DMP Diab. II	19
90325		Erstellung der Folgedokumentation DMP Diab. II	11
90326		Erstellung der Folgedokumentation DMP Diab. II bei Arztwechsel	11
90334		DMP Diabetes mellitus Typ 1, Information, Beratung u. Erstdokumentation	19
90335		DMP Diabetes mellitus Typ 1, Erstellung der Folgedokumentation	11
90336		DMP Diabetes mellitus Typ 1, Erstellung der Folgedokumentation bei Arztwechsel	11
90350		Netzhaut -und Glaskörperchir., Einbr.o.Entfernen intrao. Tamponade	59
90351		Netzhaut -und Glaskörperchir., OP Netzhautablösung	59
90352		Netzhaut -und Glaskörperchir.OP Netzhautablös. Retinopexie	59
90353		Netzhaut -und Glaskörperchir. Pars plana Vitrektomie mikorchir.	59
90354		Netzhaut -und Glaskörperchir. OP Netzhautablös., Pars plana, Vitrektomie temp. u. perm. Implantate	59
90355		Netzhaut -und Glaskörperchir. OP Netzhautablös., Pars plana, Vitrektomie, retinopl.Maßnahmen	59
90500		Einschreibung der Versicherten in das DMP Brustkrebs, Versand Teilnahme- u. Einwilligungserklärung, Erstdokumentation.	11
90501		Gespräch vor stat. Aufnahme, einmal im KHF, Dauer ca. 30 Minuten	30

GOP	TextBrandenburg*	TextNordrhein*	Arztzeit bereinigt in Min.
90502		Gespräch nach stat. Behandlung und ggf. vor Beendigung der Primärtherapie	22
90503		Begleitgespräch Dauer ca. 15 Minuten (jedes zweite Quartal ohne Folgedokumentation)	15
90504		Begleitgespräch Dauer ca. 15 Minuten, einschließl. Folgedokumentation, Dokuzeitraum jedes zweite Quartal, im Einzelfall quartalsweise	15
90505		Arztwechsel, Versand Teilnahme- u. Einwilligungserklärung u. Erstellung/Versand Folgedokumentation	11
90510		Info u. Erstdokumentation KHK	19
90511		Erstellung Folgedokumentation KHK	11
90512		Erstellung Folgedokumentation bei Arztwechsel KHK	11
90513		Hypertonie Schulungsprogramm KHK	19
90514		Strukturiertes Hypertonie-Behandlungs- u. Schulungsprogramm (HBSP) bei KHK	19
90515		Schulungs- u. Behandlungsprogramm bei oraler Gerinnungshemmung (SPOG) KHK	19
90600		Umweltmed.-Vereinb., Umweltmed. Grundleistung	78
90601		Umweltmed.-Vereinbarung, spezielle begr. Diagn. Maßnahmen	39
90602		Umweltmed.-Vereinbarung, Vor-Ort-Begehung inkl. Fahrtkosten	161
90610		Aids-Vereinbarung, Aufwandspauschale für Behandlung	59
90633		Kataraktvertrag Ersatzkassen, Kataraktop. mit faltbarer Linse einschl. aller entst. Sachk.	45
90636		Nichtteilnehmer Kataraktvertrag Ersatzkassen, Katarakt-OP., Intraokularlinsen sowie Sachkosten des Verbrauchsmaterials	45
90660		AOK amb. Katarakt-Op faltbarer Linse	45
90707		Kataraktvertrag BKK Operationspauschale incl. Linsenkosten je Auge	45
90707A		Kataraktvertrag IKK Operationspauschale incl. Linsenkosten je Auge	45
90778		Kataraktvertrag BKK, Postoperative Betreuung nach Kataraktoperation durch den zuweisenden Augenarzt oder den Operateur	26
90778A		Kataraktvertrag IKK, Postoperative Betreuung nach Kataraktoperation durch den zuweisenden Augenarzt oder den Operateur	26

GOP	TextBrandenburg*	TextNordrhein*	Arztzeit bereinigt in Min.
90940		Umstellung parenterale Compoundinglösungen auf parenterale Fertigarzneimittel	19
90941		Umstellung parenterale Lösungen auf enterale/orale Flüssignahrung oder Rückführung	23
91100		Palliativvertrag EKK, Pauschale HA/FA Eingangsdagnostik, Aktivierung palliativmed. Dienst, Erstellung Datenstamblatt	72
91101		Palliativvertrag EKK, Pauschale HA/FA zus. Aufwand Betreuung Pat/Ang. vor Ort, Überprüfung Schmerzth. Koord., je Hausbes. 01410-01412	11
91110		Palliativvertrag EKK, Pauschale QPA Bereitstellung Konsiliardienst, Diagnostellg., Therapieplan, Schmerztherapieplan	76
91111		Palliativvertrag EKK, Pauschale für QPA für eine vom HA angeforderte fernmündliche palliativmed. Beratung, je Konsilium	8
91112		Palliativvertrag EKK, Pauschale für QPA bei angef. Besuch durch HA/FA zur Vermeidung stat. KH-Beh. je 01410-01412	17
91115		Palliativvertrag EKK, Übergangspauschale für HA/FA in der Funktion als QPA	38
91531	Hämodialysebehandlung als Zentrums- bzw. Praxisdialyse, je Dialyse (bei AOK einschließlich des unter SNR 91541 aufgeführten Sachkostenzuschlages)	#NV	13
91532	Hämodialysebehandlung als zentralisierte Heimdialyse, je Dialyse (bei AOK einschließlich des unter SNR 91541 aufgeführten Sachkostenzuschlages)	#NV	4
91533	Kontinuierliche Peritonealdialysebehandlung (CAPD) als Heimdialyse oder für das Training des Patienten zur Vorbereitung auf die CAPD, je Tag	#NV	6
91535	Intermittierende Peritonealdialysebehandlung mit apparativem Dialysataustausch (IPD), als Zentrums- bzw. Praxisdialyse, je Dialyse	#NV	25
91550	Infektionszuschlag bei Dialysebehandlung	#NV	0

GOP	TextBrandenburg*	TextNordrhein*	Arztzeit berei- nigt in Min.
91551	Zuschlag für stationäre Dialyse	#NV	33
91710		U10 - Grundschulcheck, von 7 bis 8 Jahren	20
91711		Dokumentation und Auswertung des psychologischen Fragebogens zur U10	11
91712		U11- Untersuchung von 9 bis 10 Jahren	20
91713		Dokumentation und Auswertung des psychologischen Fragebogens zur U11	11
92001		Hausarztzentrierte Versorgung Ersatzkassen, Information, Beratung, Einschreibung des Versicherten	7
92001A		Hausarztzentrierte Versorgung BKK, Information, Beratung, Einschreibung Versicherten	7
92002		Hausarztzentrierte Versorgung Ersatzkassen, Steuerungs pauschale bei mind. einem Arzt-Patientenkontakt im Quartal	7
92002A		Hausarztzentrierte Versorgung BKK, Steuerungs pauschale bei mind. einem Arzt-Patientenkontakt im Quartal	7
92100		Hausarztzentrierte Versorgung Primärk., einmalige Einschreibepauschale	15
92101		Hausarztzentrierte Versorgung Primärk., Betreuungspauschale einmal im Behandlungsfall	6
92102		Hausarztzentrierte Versorgung Primärk., Betreuung außerhalb der Sprechstundenz. u. am Wochenende	27
92103		Hausarztzentrierte Versorgung Primärk., Überleitungspauschale je Patient, einmal je KH-Aufenthalt	31
92104		Hausarztzentrierte Versorgung Primärk., fachärztliche Mitbetreuungs pauschale einmal im BHF	6
92105		Hausarztzentrierte Versorgung Primärk., Telefonische Krankenhausüberleitungspauschale, einmal je KH-Aufenthalt	14
92110		Palliativvertrag, Vergütungspauschale pro Quartal	38
92110A		KV Consult Palliativ-vertrag BKK, Vergütungspauschale pro Quartal	38
92111		Palliativ-Vertrag, zusätzliche Aufwandspauschale für die Hausbesuche nach EBM-Nr. 01410	52
92111A		KV Consult Palliativ-Vertrag BKK, zusätzliche Aufwandspauschale für die Hausbesuche durch HA/FA oder QPA nach EBM-Nr. 01410	52

GOP	TextBrandenburg*	TextNordrhein*	Arztzeit bereinigt in Min.
92112		Palliativ-Vertrag, Pauschale für die persönliche Krankenhausüberleitung	73
92112A		KV Consult Palliativ-Vertrag BKK, Pauschale für die persönliche Krankenhausüberleitung durch HA/FA oder QPA, je Krhs.-Aufenthalt	73
92113		Palliativ-Vertrag, Pauschale für die telefonische Krankenhausüberleitung	14
92113A		KV Consult Palliativ-Vertrag BKK, Pauschale für die telefonische Krankenhausüberleitung	14
92114		Palliativ-Vertrag, zusätzliche Aufwandspauschale für das Konsilium am Bett des Kranken	52
92114A		KV Consult Palliativ-Vertrag BKK, Konsilium des QPA mit dem Hausarzt am Bett des Kranken, je Einsatz	52
92115		Palliativ-Vertrag, Bereitschaftspauschale für den QPA	76
92116		Palliativ-Vertrag, Telefonisches Konsil	14
92116A		KV Consult Palliativ-Vertrag BKK, Telefonisches Konsil durch QPA oder tel. Beratung Patient/Angehöriger	14
92117A		Palliativ-Vertrag, Pauschale bei Tag 1,20 Euro (entspricht 90200)	1
92130		KV Consult Palliativ-Vertrag BKK, Organisation/Gewähr stand. Erreichbarkeit des QPA, je BHF	53
92200		Homöopathie-Vertrag, Homöopathische Erstanamnese vom Beginn des 13. Lebensjahres an nach homöop. Gesichtspunkten	65
92201		Homöopathie-Vertrag, Homöopathische Erstanamnese bis zur Vervollendung des 12. Lebensjahres an nach homöop. Gesichtspunkten	43
92202		Homöopathie-Vertrag, Homöopathische Folgeanamnese	32
92203		Homöopathie-Vertrag, Homöopathische Fallanalyse oder Repertorisation	19
92300		HZV Primär 2008 - Betreuungspauschale für Patienten die am DMP teilnehmen, je Quartal	6
92301		HZV Primär 2008 - Betreuungspauschale je Quartal	3
92302		HZV Primär 2008 - Zuschlag Dringlichkeitsbesuche	41
92303		HZV Primär 2008 - Überleitungsmanagement persönlich	31
92304		HZV Primär 2008 - Überleitungsmanagement persönlich, Sicherstellung erf. Maßnahmen und Nachweis Überleitungsbogen 7c	62

GOP	TextBrandenburg*	TextNordrhein*	Arztzeit bereinigt in Min.
92305		HZV Primär 2008 - Überleitungsmanagement telefonisch	14
92306		HZV Primär 2008 - Betreuung bei einfacher Behandlungspflege - Erstverordnung	57
92306A		HZV Primär 2005 - Betreuung bei einfacher Behandlungspflege - Erstverordnung	57
92307		HZV Primär 2008 - Betreuung bei einfacher Behandlungspflege - Folgequartal	27
92307A		HZV Primär 2005 - Betreuung bei einfacher Behandlungspflege - Folgequartal	27
92310		HZV Primär 2008 - Betreuungspauschale für Patienten- Teilnahme zu Beginn am DMP (I. und II. Quartal), je Quartal	10
93001		IV Hallo Baby (KV Consult), Koordinations- und Beratungspauschale für schwangere Versicherte	18
93010		IV Rheumatoide Arthritis (KV Consult), Einschreibung des Patienten in das Programm, Ausfüllen, Auswerten und Versenden des Screening-	21
93020	#NV	IV-Herzinfarkt Essen "Fachärzte Erste poststationäre Behandlung"	27
93021	#NV	IV-Herzinfarkt Essen "Fachärzte Zweite poststationäre Behandlung"	33
93022	#NV	IV-Herzinfarkt Essen "Fachärzte Dritte poststationäre Behandlung"	39
93023	#NV	IV-Herzinfarkt Essen "Fachärzte Vierte poststationäre Behandlung"	39
93024		IV-Herzinfarkt Essen "Hausärzte Erste poststationäre Behandlung"	32
93025		IV-Herzinfarkt Essen "Hausärzte Dokumentation nach sechs Monaten"	8
93051		IV DFS Köln, Wagner 1-2 (T1), einmal pro Fall	151
93052		IV DFS Köln, Wagner 3 (T2), einmal pro Fall	273
93053		IV DFS Köln, DNOAP (T2), einmal pro Fall	273
93054		IV DFS Köln, MRSA (M1), zweimal pro Fall in 2 Quartalen	273
93055		IV DFS Köln, OP 1	144
93056		IV DFS Köln, OP 2	108
93071		IV DFS Düsseldorf 1, Wagner 1-2	151
93072		IV DFS Düsseldorf 1, Wagner 3	273
93074		IV DFS Düsseldorf 1, MRSA	273
93075		IV DFS Düsseldorf 1, OP 1	144
93086		IV DFS Köln, C1	101
93087		IV DFS Köln, C2	79

GOP	TextBrandenburg*	TextNordrhein*	Arztzeit bereinigt in Min.
93100		IV Vertrag, adipöse Kinder - Einschreibung und Koordination	27
93110		IV Vertrag übergewichtige Kinder Aachen, Netz 38 - Einschreibung	19
93111		IV Vertrag übergewichtige Kinder Aachen, Netz 38 - Umfassende Einganguntersuchung	61
93121	#NV	IV ACS - akutes Koronarsyndrom Rhein Kreis Neuss Netz 31, 1. poststationäre Untersuchung	39
93122	#NV	IV ACS - akutes Koronarsyndrom Rhein Kreis Neuss Netz 31, 2. poststationäre Untersuchung	39
93123	#NV	IV ACS - akutes Koronarsyndrom Rhein Kreis Neuss Netz 31, 3. poststationäre Untersuchung	39
93124	#NV	IV ACS - akutes Koronarsyndrom Rhein Kreis Neuss Netz 31, 4. poststationäre Untersuchung	39
93130		IV Endoprothetik Region Eifel-Erft, Erstdokumentation/Einschreibgebühr	19
93131		IV Endoprothetik Region Eifel-Erft, 1. Quartalsuntersuchung	11
93132		IV Endoprothetik Region Eifel-Erft, 2. Quartalsuntersuchung	11
93133		IV Endoprothetik Region Eifel-Erft, 3. Quartalsuntersuchung	11
93134		IV Endoprothetik Region Eifel-Erft, Folgedokumentation	4
93137		IV Endoprothetik Region Eifel-Erft, Koordinationspauschale	57
93150	#NV	IV JaVita Versorgung für onkologische Patienten,- Sofortintervention/Psychotherapie, für höchstens 5 Sitzungen je Fall, Netz 64, Mönchengladbach	54
93200		IV Prostata-CA Niederrhein, Prästationäre Pauschale (für ausführliche Untersuchungen, erhöhten Beratungsaufwand, Einschreibgebühr, Dokumentation (SF12-Bogen), 12er Stanzbiopsie, Zweitmeinung Urologen)	38
93202		IV Prostata-CA Niederrhein, Nachuntersuchung 6. Monat (SF 12-Bogen, Dokument P7)	13
93211		IV Prostata-CA Köln, Nachuntersuchung nach Leitlinie im 3. Monat (ausf. Beratungsgespräch, Dokument P6)	13

GOP	TextBrandenburg*	TextNordrhein*	Arztzeit bereinigt in Min.
93212		IV Prostata-CA Köln, Nachuntersuchung nach Leitlinie im 6. Monat (SF 12 Bogen, Dokument P7)	13
93220		IV Prostata-CA Rhein-Ruhr, Prästationäre Pauschale	46
93221		IV Prostata-CA Rhein-Ruhr, Nachuntersuchung 3. Monat (ausf. Beratungsgespräch, Dokument P6)	13
93222		IV Prostata-CA Rhein-Ruhr, Nachuntersuchung 6. Monat (SF 12, Dokument P7)	13
93223		IV Prostata-CA Rhein-Ruhr, Nachuntersuchung 9. Monat	13
93224		IV Prostata-CA Rhein-Ruhr, Nachuntersuchung 12. Monat (Dokument P7)	13
93261		IV Kompetenznetzwerk Osteoporose Aachen, Netz 9, Erstdokumentation	31
93262		IV Kompetenznetzwerk Osteoporose Aachen, Netz 9, Folgedokumentation (max. 4)	8
93270		IV Pflegeheimprojekt Rhein-Erft-Kreis Frechen und Rhein-Erft Kreis Hürth, Einschreibegebühr	15
93271		IV Pflegeheimprojekt Rhein-Erft Frechen und Hürth, Mehraufwand medizin. Versorgung pro Quartal	12
93272		IV Pflegeheimprojekt Rhein Erft Frechen und Hürth, Betreuung außerhalb der Sprechst.zeiten und am Wochenende pro Einsatz, max. 3xp.a.	41
93280		IV Pflegeheimprojekt Rhein-Erft Kreis Frechen und Hürth, Überleitungspauschale je Krankenhausaufenthalt, telefonisch	14
93300		IV Darmzentrum Duisburg, Einschreibegebühr	19
93301		IV Darmzentrum Duisburg, SF 12-Bogen bei Einschreibung	11
93302		IV Darmzentrum Duisburg, Nachsorgeuntersuchung nach 6 Monaten	11
93303		IV Darmzentrum Duisburg, SF-12-Bogen bei der 1. Nachsorgeuntersuchung	11
93307		IV Darmzentrum Duisburg, Koordinierungspauschale	23
93310		IV Schlaganfall Krefeld, 1. Quartalsuntersuchung	43
93311		IV Schlaganfall Krefeld, 2. Quartalsuntersuchung	43
93312		IV Schlaganfall Krefeld, 3. Quartalsuntersuchung	43
93313		IV Schlaganfall Krefeld, 4. Quartalsuntersuchung	43
93314		IV Schlaganfall Krefeld, Monatliches klinisches Konsil Pauschale je disku-	8

GOP	TextBrandenburg*	TextNordrhein*	Arztzeit bereinigt in Min.
		tierter Fall	
93320		IV Verletzungen u. Belastungsschäden Ärztliche Eingangsuntersuchung, je BHF	18
93321		IV Verletzungen u. Belastungsschäden, Einschreibung	19
93322		IV Verletzungen u. Belastungsschäden, Abschlussuntersuchung durch den Vertragsarzt, je BHF	18
93323		IV Verletzungen u. Belastungsschäden, Nachuntersuchung durch den Vertragsarzt, je BHF	18
93332		IV Hodentumore, Betreuungspauschale 2 Jahre, je Quartal	6
93340		IV Schlaganfall Köln, 1. Quartalsuntersuchung	43
93341		IV Schlaganfall Köln, 2. Quartalsuntersuchung	43
93342		IV Schlaganfall Köln, 3. Quartalsuntersuchung	43
93343		IV Schlaganfall Köln, 4. Quartalsuntersuchung	43
93344		IV Schlaganfall Köln, Monatliches Konsil, Pauschale je diskutierten Fall	8
93350		IV Schlaganfall Bonn/ Rhein-Sieg-Kreis, 1. Quartalsuntersuchung	43
93351		IV Schlaganfall Bonn/ Rhein-Sieg-Kreis, 2. Quartalsuntersuchung	43
93352		IV Schlaganfall Bonn/ Rhein-Sieg-Kreis, 3. Quartalsuntersuchung	43
93353		IV Schlaganfall Bonn/ Rhein-Sieg-Kreis, 4. Quartalsuntersuchung	43
93400	#NV	IV Kardio Oberberg, 1. poststationäre Untersuchung - Kardiologen	39
93401	#NV	IV Kardio Oberberg, 2. poststationäre Untersuchung - Kardiologen	22
93402	#NV	IV Kardio Oberberg, 3. poststationäre Untersuchung - Kardiologen	26
93403	#NV	IV Kardio Oberberg, 4. poststationäre Untersuchung - Kardiologen	26
93420		IV Multiple Sklerose Rheinland, Eingangsuntersuchung	29
93421		IV Multiple Sklerose Rheinland, Quartalskonsultation (max. 3 mal pro Jahr berechnungsfähig (max. 69,00Euro))	18
93422		IV Multiple Sklerose Rheinland, Dokumentation MSQol-54	19
93423		IV Multiple Sklerose Rheinland, Dokumentation Minimal Basis Dataset	19
93424		IV Multiple Sklerose Rheinland, Überleitungspauschale (max. 2 mal	8

GOP	TextBrandenburg*	TextNordrhein*	Arztzeit bereinigt in Min.
		pro Jahr berechnungsfähig, max. 20Euro)	
93425		IV Multiple Sklerose Rheinland, Behandlungspauschale (max. 4 mal pro Jahr berechnungsfähig max. 192Euro)	37
93427		IV Multiple Sklerose Rheinland, Fallkonferenzen (max. 2mal pro Jahr berechnungsfähig, max. 30Euro)	11
93443		IV Darmzentrum Bergisch Gladbach, Nachsorge 6. Monat	11
93444		IV Darmzentrum Bergisch Gladbach, SF-12 bei Nachsorge 6. Monat	11
93471	#NV	IV Darmzentrum Leverkusen, Gastroenterologen: Koordinierungspauschale	19
93472	#NV	IV Darmzentrum Leverkusen, Gastroenterologen: Ultraschall Abdomen (daneben keine EBM-Abrechnung)	14
93473	#NV	IV Darmzentrum Leverkusen, Gastroenterologen: Einschreibung des Patienten	17
93474	#NV	IV Darmzentrum Leverkusen, Gastroenterologen: SF-12-Bogen bei Einschreibung	1
93476	#NV	IV Darmzentrum Leverkusen, Gastroenterologen: SF-12-Bogen bei Nachsorge 6. Monat	1
93477	#NV	IV Darmzentrum Leverkusen, Gastroenterologen: Nachsorge 12. Monat	1
93500		IV Pflegeheimprojekt Essen, Hausärzte: Einschreibepauschale	15
93501		IV Pflegeheimprojekt Essen, Hausärzte: Betreuungspauschale bei mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal	12
93502		IV Pflegeheimprojekt Essen, Hausärzte: Betreuung außerhalb der Sprechstundenzeiten und Ausgleich der IB-Quote zusätzl. zur EBM-Nr. 01411 und 01412	34
93504		IV Pflegeheimprojekt Essen, Hausärzte: telefonische Krankenhausüberleitungspauschale max. 1 Woche vor Entlassung, Pausch. je Krankenhausaufenthalt	14
93505		IV Pflegeheimprojekt Essen, Hausärzte: telef. Beratung außerhalb der Sprechstundenzeiten	8

GOP	TextBrandenburg*	TextNordrhein*	Arztzeit bereinigt in Min.
93510		IV Pflegeheimprojekt Essen, Fachärzte: Mitbetreuungspauschale bei mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal	6
93512		IV Pflegeheimprojekt Essen, Fachärzte: Betreuung außerhalb der Sprechstundenzeiten und Ausgleich IB-Quote, Pauschale je Einsatz	34
93531		IV Beatmungspatienten in Pflegeheimen Solingen, Betreuungspauschale bei mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt, Pauschale je Quartal	19
93541		IV Beatmungspatienten in Pflegeheimen Remscheid, Betreuungspauschale 1x pro Quartal	19
93542		IV Beatmungspatienten in Pflegeheimen Remscheid, 24-Std. Bereitschaftspauschale (wöchentl. je eingeschriebenen Versicherten)je Kalenderw.	50
93553		IV Schlaganfall Oberberg u. Kevelaer, Hausärzte: Koordinationspauschale je Quartal	23
93554		IV Schlaganfall Oberberg u. Kevelaer, Hausärzte: Monatliches Klinisches Konsil je diskutiertem Fall	8
93574		IV Mukoviszidose 2.-3. Kontakt pro Jahr im Mukoviszidose Zentrum	285
93671		IV Pflegeheimprojekt Düsseldorf, Mehraufwand medizin. Versorgung pro Quartal	19
93672		IV Pflegeheimprojekt Düsseldorf, Betreuung außerh. der Sprechst.zeiten und am Wochenende pro Einsatz, max. 3xp.a.	41
93684		IV Pflegeheimprojekt Düsseldorf, Bereitschaftspauschale für Dienste an Wochenenden/ Feiertagen bis zu 3 betr. Pflegeheimen	58
93690		IV Pflegeheimprojekt Düsseldorf, Tel. Beratung des Pflegeheims/Notdienst zur Sicherstellung, außerhalb der Sprechstundenzeiten, max. 2-mal am Tag	23
93770		IV Pflegeheimprojekt Köln, Einschreibengebühr	15
93771		IV Pflegeheimprojekt Köln, Mehraufwand medizin. Versorgung pro Quartal	19
93772		IV Pflegeheimprojekt Köln, Betreuung außerh. der Sprechst.zeiten und am Wochenende pro Einsatz, max. 3xp.a.	41
93773		IV Pflegeheimprojekt Köln, Krankenhausüberleitungspauschale	31

GOP	TextBrandenburg*	TextNordrhein*	Arztzeit bereinigt in Min.
93774		IV Pflegeheimprojekt Köln, Bereitschaftspauschale für Dienste an Wochenenden/Feiertagen bis zu 3 betr. Pflegeheime	58
93775		IV Pflegeheimprojekt Köln, Bereitschaftspauschale für Dienste an Wochenenden/Feiertagen bis zu 4 bis 6 betr. Pflegeheimen	116
93778		IV Pflegeheimprojekt Köln, Mehraufwand Versorgung für hausärztlich tätigen Neurologen pro Quartal	19
93790		Leistungskomplexpauschale AOK Rheinland Maculadegenerationsbehandlung incl. Anästhesie u. VEGF-Hemmer, je Zyklus	60
93790A		Leistungskomplexpauschale Maculadegenerationsbehandlung incl. Anästhesie u. VEGF-Hemmer, je Zyklus	60
93790B		Leistungskomplexpauschale Knappschaff Maculadegenerationsbehandlung incl. Anästhesie u. VEGF-Hemmer, je Zyklus	60
93791		Maculadegenerationsbehandlung AOK Rheinland -postoperativer Leistungskomplex	11
93791A		Maculadegenerationsbehandlung - postoperativer Leistungskomplex	11
93791B		Maculadegenerationsbehandlung Knappschaff -postoperativer Leistungskomplex	11
94100	Strukturvertrag Hautkrebs-Screening	Teilnahme an AG-Sitzung im Gesundheitsnetz Wesel pro Sitzung	24
94410	Zuschlag zu Hausbesuch 01410H IKK		12
94412	Zuschlag zu Hausbesuch 01412H IKK		58
94413	Zuschlag zu Hausbesuch 01413H IKK		12
94421	Zuschlag zu Hausbesuch 01411 BKK		6
94422	Zuschlag zu Hausbesuch 01412 BKK		6
95001	Vertrag Hausarztzentrierte Versorgung - Hausarztspauschale für die Information und Einschreibung eines Versicherten im Einschreibequartal		8
95002	Vertrag Hausarztzentrierte Versorgung - Steuerungspauschale für die Ausgestaltung des hausärztlichen Versorgungsgeschehens bei eingeschriebenen Patienten in den Folgequartalen nach der Einschreibung		7

GOP	TextBrandenburg*	TextNordrhein*	Arztzeit bereinigt in Min.
96010	DMP - Vertrag Diabetes Typ 2 - Einschreibung/ Erstdokumentation sowie Versand der Einschreibeunterlagen durch den koordinierenden Vertragsarzt		15
96011	DMP - Vertrag Diabetes Typ 2 - Erstellung und Versand der Folgedokumentationen durch den koordinierenden Vertragsarzt , je Folgedokumentation		9
96012	DMP - Vertrag Diabetes Typ 2 - Betreuungspauschale für den koordinierenden Vertragsarzt, je Behandlungsfall		11
96013	weiterführende Diagnostik im Rahmen des DMP Diabetes Typ 2 je Behandlungsfall - Augenarzt -		5
96014	weiterführende Diagnostik im Rahmen des DMP Diabetes Typ 2 je Behandlungsfall - Nephrologe -	#NV	3
96040	Strukturvertrag Diabetes - Betreuung von Patienten gem. § 2 Abs. 2 Nr. 1-5 des Vertrages / Im 1. Behandlungsquartal		46
96041	Strukturvertrag Diabetes - Betreuung von Patienten gem. § 2 Abs. 2 Nr. 1-5 des Vertrages / Im Folgequartal bei fremden Patienten		31
96042	Strukturvertrag Diabetes - Betreuung von Patienten gem. § 2 Abs. 2 Nr. 1-5 des Vertrages / Im Folgequartal bei dauerhaft selbst betreuten Patienten		15
96043	Strukturvertrag Diabetes - Betreuung von Patienten gem. § 2 Abs. 2 Nr. 6 des Vertrages 6. Patienten mit diabetischem Fußsyndrom ab Wagner I		15
96080	Gestationsdiabetes - je erstmaligen Test bei Schwangeren mit und ohne Risikofaktoren		8
96081	Gestationsdiabetes - je Folgetest bei Schwangeren mit Risikofaktoren		3
96090	DMP Typ1 / Inform., Beratung zum DMP und Einschreibung der Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation, Versand der entspr. Unterlagen durch Vertragsärzte nach § 3 oder § 4 des Vertrages [ggf. das Führen des Diabetespasses]		15
96091	DMP Typ1 / Erstellung und Versand der Folgedokumentationen durch Vertragsärzte nach § 3 oder § 4 des Vertrages [ggf. das Führen		9

GOP	TextBrandenburg*	TextNordrhein*	Arztzeit bereinigt in Min.
	des Diabetespasses]		
96092	DMP Typ1 / Programmierte ärztliche Schulung von Typ 1-Diabetikern ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, pro Einheit und Patient		20
96093	DMP Typ1 / Programmierte ärztliche Schulung von Kindern und Jugendlichen, pro Einheit und Patient (ggf. einschl. Erziehungsberechtigtem)		20
96410	Beratung und Information der Patientin nach histologischer Sicherung der Diagnose. Erstellung der Erstdokumentation und Versand der Unterlagen an die Datenstelle durch den koordinierenden Arzt		11
96411	Erstellung der Folgedokumentation sowie Versand der Unterlagen an die Datenstelle durch den koordinierenden Arzt. (Dokumentationszeitraum 6 Monate)		6
96415	Ausführliche symptomorientierte Beratung durch koordinierenden Arzt im Rahmen der Nachsorge. Dauer: mind. 15 Minuten, einmal im Dokumentationszeitraum		15
96416	Patientengespräch des koordinierenden Arztes zur weiterführenden Therapieplanung vor dem therapeutischen Eingriff. Dauer: mind. 30 Minuten, einmal im Krankheitsfall		30
96417	Patientengespräch des koordinierenden Arztes zur weiterführenden Planung der adjuvanten Therapie nach dem therapeutischen Eingriff. Dauer: mind. 30 Minuten, einmal im Krankheitsfall		30
96430	Beratung und Einschreibung der Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen für Patienten, die nur am DMP KHK teilnehmen		15
96431	Beratung und Erstellung sowie Versand der Folgedokumentation je Folgedokumentation innerhalb des festgelegten Dokumentationszeitraumes für Patienten, die nur am DMP KHK teilnehmen		9

GOP	TextBrandenburg*	TextNordrhein*	Arztzeit bereinigt in Min.
96434	Beratung und Information des Versicherten und Förderung dessen aktiven Teilname am DMP-KHK im dokumentationsfreien Quartal (bei Vorliegen eines halbjährlichen Dokumentationsintervalls für den koordinierenden Vertragsarzt)		8
96435	Facharztpauschale für die Inform. des Versicherten sowie für zeitnahe Mitbehandlung durch den nach Â§ 4 teiln. Facharzt für jeden am DMP KHK teilnehm. Versicherten, der von einem koordi.Vertragsarzt gemäß Â§ 3 des DMP-Vertrages	#NV	14
96436	Facharztpauschale für die Inform. des Versicherten sowie für zeitnahe Mitbehandlung durch den nach § 4 teiln. Facharzt für jeden am DMP KHK teilnehm. Versicherten, der von einem koordi.Vertragsarzt gemäß § 3 des DMP-Vertrages	#NV	1
96439	Zuschlag zu SNRn 03321D, 13250D, 13251D, 13550D, 27321D EBM		8
96510	DMP - COPD - Einschreibung des Patienten, Erstellung sowie Versand der Einschreibeunterlagen durch den koordinierenden Vertragsarzt		15
96511	DMP - COPD - Erstellung und Versand der Folgedokumentation durch den koordinierenden Vertragsarzt		9
96512	DMP - COPD - Betreuungspauschale für den koordinierenden Vertragsarzt (je Quartal)		8
96513	DMP - COPD - Pauschale für den mitbehandelnden Facharzt (je Behandlungsfall)	#NV	7
96610	DMP - Vertrag Asthma- Einschreibung/ Erstdokumentation sowie Versand der Einschreibeunterlagen durch den koordinierenden Vertragsarzt		15
96611	DMP - Vertrag Asthma - Erstellung und Versand der Folgedokumentationen durch den koordinierenden Vertragsarzt, je Folgedokumentation		11
96612	DMP - Vertrag Asthma - Betreuungspauschale für den koordinierenden Vertragsarzt, je Behandlungsfall		8

GOP	TextBrandenburg*	TextNordrhein*	Arztzeit bereinigt in Min.
96613	DMP - Vertrag Asthma - Betreuungspauschale für den mitbehandelnden Facharzt, je Behandlungsfall		8
98013		Progr. ärztl. Schulung von Typ II Diabetikern oh. Insulin	19
98014		Progr. ärztl. Schulung von Typ II Diabetikern mit Insulin	19
98221		Ambulanter Schwangerschaftsabbruch	34
98222		Ambulanter Schwangerschaftsabbruch einschl. Infiltrations - oder - Leitungsanästhesie	75
98226		Narkose/Anästhesie einschl. Untersuchung des Anästh.	98
98234		Kontrollunters. nach einem durchgeführten Schwangerschaftsabbruch	15
98236		ambul.medikamentös ausgelöster Schwangerschaftsabbruch	32
98450		Basisabklärung und umfassende schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten	55
98451		Fortführung einer umfassenden schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten	36
99212		Homöopathie-Vertrag BKK Mobil Oil, Homöopathische Folgeanamnese, 1x pro Quartal, 15 Min. Dauer, erst nach GONr. 99211	15
99213		Homöopathie-Vertrag BKK Mobil Oil, Homöopathische Analyse/Repertorisation, bis zu 2x im KHF	23
99790	Jugendgesundheitsberatung		31
99791	nachgehende Jugendgesundheitsberatung		12
99792	Mädchengesundheitsuntersuchung		27
99795	Jugendgesundheitsberatung für LKK		31
99982		Nichtteilnehmer AOK Rh. Katarakt-OP, Sachkostenpauschale für Linse und Verbrauchsmaterial bei Implantation einer faltbaren Linse	45

*GOP fehlt in KV bei fehlendemText

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein, GKV-Spitzenverband

2.1.5 Kategorie V GOPs ohne Kalkulations- und Prüfzeit, keine ärztliche Leistung

Folgende GOPs bleiben in der Berechnung unberücksichtigt, da hierfür keine tatsächliche ärztliche Arbeitszeit (ggf.) aufgewendet wird.

Dazu zählen:

- Laborleistungen (GOPs des Abschnitts 32 im EBM)
- Kostenpauschalen (GOP 40100 bis 40852, jedoch nicht 40170 Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes)
- Weitere GOPs, darunter insbesondere KV-spezifische GOP und codierte Zusatznummern bzw. bundeseinheitliche EDV-Abrechnungsnummern (größer 40855) ohne Arztzeit laut GKV-Spitzenverband (**Tab. 12 und 13**).

Eine **Ausnahme** stellen die zwei folgenden GOPs dar, die der GKV-Spitzenverband trotz errechneter Arztzeit der Kategorie V zuweist mit der Begründung, „dass der Arzt eine Pauschale für die Bereitschaft vorhält, ggf. jedoch keine Arztzeiten hierfür aufwendet“.

GOP	TextNordrhein	Arztzeit bereinigt in Min.
93274	IV Pflegeheimprojekt Rhein-Erft Kreis Frechen und Hürth, Bereitschaftspauschale für Dienste an Wochenenden/ Feiertagen bis zu 3 betr. Pflegeheimen	58
93275	IV Pflegeheimprojekt Rhein-Erft Kreis Frechen und Hürth, Bereitschaftspauschale für Dienste an Wochenenden/ Feiertagen bis zu 4 bis 6 betr. Pflegeheimen	116

Es folgen die **Tabellen 12 und 13**.

Tabelle 12: GOPs ohne Kalkulations- und Prüfzeit im EBM2008 (ggf.) keine ärztliche Arbeitszeit, bundeseinheitliche GOPs < 89000 ohne Laborleistungen

GOP	Text
01211	Zusatzpauschale Besuchsbereitschaft
01215	Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01214
01217	Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01216
01219	Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01218
01430	Verwaltungskomplex
01602	Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt
01734	Untersuchung auf Blut im Stuhl

GOP	Text
01757	Zuschlag zu der Nr. 01756 für Aufarbeitung
01783	AFP-Bestimmung
01800	TPHA-Antikörper-Test
01801	Röteln-HAH-Test
01802	Röteln-HIG-Test
01803	Röteln-IgM-Immunoassay
01804	Blutgruppen- und Rhesusfaktor Bestimmung
01805	Untersuchung auf Dweak
01806	Bestimmung der Rhesusformel
01807	Antikörper-Suchtest
01808	Antikörper-Differenzierung
01809	Quantitativer Antikörpernachweis
01810	HBs-Antigen-Test
01811	HIV-Immunoassay
01816	Chlamydia trachomatis - Nachweis im Urin gemäß Mutterschaftsrichtlinie
01817	Einzelbestimmung von Chlamydia trachomatis mittels Enzym-Immuno-Assay gemäß Mutterschaftsrichtlinie
01820	Rezepte, Überweisungen, Befundübermittlung
01828	Blutentnahme für Röteln-Test
01829	Röteln-HAH-Test
01840	Chlamydia trachomatis - Nachweis im Urin gemäß Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch
01842	Einzelbestimmung von Chlamydia trachomatis mittels Enzym-Immuno-Assay gemäß Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch
01915	Chlamydia trachomatis - Nachweis im Urin gemäß Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch
01917	Einzelbestimmung von Chlamydia trachomatis mittels Enzym-Immuno-Assay gemäß Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch
01951	Zuschlag Wochenende, Feiertage
02500	Einzelinhalationstherapie mit Vernebler
02501	Einzelinhalationstherapie mit speziellem Verneblersystem
02510	Wärmetherapie
02511	Elektrotherapie
02512	Gezielte Elektrostimulation
02520	Phototherapie eines Neugeborenen
03242	Testverfahren bei Demenzverdacht
05230	Aufwandserstattung für das Aufsuchen eines Kranken
08542	Zuschlag zu Gebührenordnungsposition 08541 bei ambulanter Durchführung
17312	Zuschlag Ganzkörperzusatz
17360	Zuschlag Extravasalphasenuntersuchung bei Mehrphasenszintigraphie
17361	Zuschlag sequentielle Aufnahmetechnik
17362	Zuschlag SPECT, Einkopf
17363	Zuschlag SPECT, Zwei- oder Mehrkopf
21330	Konvulsionsbehandlung
25310	Weichstrahl- oder Orthovolttherapie
25320	Bestrahlung Telekobaltgerät (gut-/bösaartig) oder Linearbeschleuniger (gutartig)
25321	Bestrahlung mit Linearbeschleuniger bei bösaartigen Erkrankungen

GOP	Text
25322	Zuschlag Bestrahlungsfelder
25323	3-D-Technik, Großfeld-, Halbkörperbestrahlung
33075	Zuschlag Farbduplex
36861	Strukturpauschale bei einer Verweildauer bis zu 13 Tagen
36867	Strukturpauschale bei einer Verweildauer von mehr als 13 Tagen
40100	Versandmaterial, Transport, Ergebnisübermittlung (Labor, Zytologie, Zyto- und Molekulargenetik)
40104	Versandmaterial, Transport von Röntgenaufnahmen und Filmfolien
40106	Versandmaterial, Transport von Langzeit-EKG-Datenträgern
40120	Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax oder digital
40122	Transport von Briefen bis 50 g (Kompaktbrief)
40124	Transport von Briefen bis 500 g (Großbrief)
40126	Transport von Briefen 1000 g (Maxibrief)
40142	Abfassung in freier Form
40144	Kopie, EDV-technische Abschrift
40150	Ausgegebene Testbriefchen (Blut im Stuhl)
40152	Ausgegebenes Testbriefchen (Albumin im Stuhl)
40154	Bezug der Testsubstanz für 13C-Harnstoff-Atemtest
40160	Kostenpauschale für interventionelle endoskopische Untersuchungen
40190	Wegepauschale für Besuche jenseits eines Radius von 10 km, Tag
40192	Wegepauschale für Besuche jenseits eines Radius von 10 km, Nacht
40220	Pauschale für Besuche im Kernbereich, bis zu 2 km
40222	Pauschale für Besuche im Randbereich, 2 km bis zu 5 km
40224	Pauschale für Besuche im Fernbereich, mehr als 5 km
40226	Pauschale für Besuche im Kernbereich, bis zu 2 km bei Nacht
40228	Pauschale für Besuche im Randbereich, 2 km bis zu 5 km, Nacht
40230	Pauschale für Besuche im Fernbereich, mehr als 5 km, Nacht
40240	Aufsuchen eines Kranken durch beauftragten Praxis-Mitarbeiter
40260	Aufsuchen eines weiteren Kranken nach Nr. 40240
40300	Sachkosten für eine Koronarangiografie
40302	Sachkosten für PTCA / Stent an einem Gefäß bei Koronarangiografie
40304	Sachkosten für PTCA / Stent an mehreren Gefäßen bei Koronarangiografie
40454	Sachkosten im Zusammenhang mit der Leistung nach der Nr. 34274
40455	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach der Nr. 40454 für Markierungsclips
40500	Schilddrüse
40502	Knochen/Skelett
40504	Lunge: Perfusion
40506	Lunge: Ventilation
40510	Niere: DMSA oder DTPA
40514	Niere: MAG3 oder Jod-Hippuran
40520	Herz: Myokard, Nebenschilddrüse: Funktion, Schilddrüse: Tumor/Metastasen
40532	201-TL-CI
40568	123-J-Hippuran
40680	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Gebührenordnungsposition Nr. 31362
40750	Kostenpauschale für Sachkosten bei endoskopischen Gelenkeingriffen
40752	Kostenpauschale für Sachkosten bei endoskopischen Gelenkeingriffen
40754	Kostenpauschale für Sachkosten bei endoskopischen Gelenkeingriffen

GOP	Text
40800	bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
40801	bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bis zum vollendeten 59. Lebensjahr bei Ferien- oder Pendlerdial
40802	bei Versicherten ab dem vollendeten 59. Lebensjahr
40803	bei Versicherten ab dem vollendeten 59. Lebensjahr bei Ferien- oder Pendlerdialyse
40804	bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit manifesten Diabetes mellitus
40805	bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit manifesten Diabetes mellitus bei Ferien- oder Pendlerdialys
40806	bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bis zum vollendeten 59. Lebensjahr bei Einzeldialyse am Wohnort
40807	bei Versicherten ab dem vollendeten 59. Lebensjahr bei Einzeldialyse am Wohnort
40808	bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit manifesten Diabetes mellitus bei Einzeldialyse am Wohnort
40810	Zuschlag Infektionsdialyse
40811	Zuschlag Infektionsdialyse
40812	Zuschlag intermittierende Peritonealdialyse
40820	Kinderdialyse
40821	Kinderdialyse bei Ferien- oder berufsbedingten Aufenthalt
40852	Wegepauschale
80046	Portokosten für eine schriftliche Zahlungsaufforderung
80230	Telefonkosten gemäß I Allgemeine Bestimmungen 7.3 des EBM
88895	Kostenerstattung für den besonderen Aufwand gemäß § 6 Abs. 2 der Vereinbarung über besondere Maßnahmen der sozialp

Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, KBV, GKV-Spitzenverband

Tabelle 13: GOPs ohne Kalkulations- und Prüfzeit im EBM2008 keine ärztliche Leistung resp. delegierfähige Leistungen (ohne ärztliche Arbeitszeit), KV-spezifische GOPs > 89000

GOP	TextBrandenburg*	TextNordrhein*
90001		Kosten budgetiert
90020		Sachkostenpauschale Dialyse LDL-Apherese
90021		Sachkostenpauschale LDL-Kaskadenfiltration
90180		Wegepauschale bis 2 km bei Tag / nur bei Bundesknappschaft
90181		Wegepauschale bis 2 km bei Nacht / nur bei Bundesknappschaft
90182		Wegepauschale bis 2 km bis 5 km bei Tag / nur bei Bundesknappschaft
90183		Wegepauschale bis 2 km bis 5 km bei Nacht / nur bei Bundesknappschaft
90184		Wegepauschale bis 5 km bis 10 km bei Tag / nur bei Bundesknappschaft
90185		Wegepauschale bis 5 km bis 10 km bei Nacht / nur bei Bundesknappschaft

GOP	TextBrandenburg*	TextNordrhein*
90186		Wegepauschale bis 10 km bis 15 km bei Tag / nur bei Bundesknappschaft
90187		Wegepauschale bis 10 km bis 15 km bei Nacht / nur bei Bundesknappschaft
90188		Wegepauschale bis 15 km bis 20 km bei Tag / nur bei Bundesknappschaft
90189		Wegepauschale bis 15 km bis 20 km bei Nacht / nur bei Bundesknappschaft
90190		Wegepauschale bis 20 km bis 25 km bei Tag / nur bei Bundesknappschaft
90192		Wegepauschale bis 25 km bis 30 km bei Tag / nur bei Bundesknappschaft
90193		Wegepauschale bis 25 km bis 30 km bei Nacht / nur bei Bundesknappschaft
90196		Wegepauschale ab 35 km bei Tag / nur bei Bundesknappschaft
90197		Wegepauschale ab 35 km bei Nacht / nur bei Bundesknappschaft
90200		Wegegebühr PKK, Wegepauschale bis 2 DKM bei Tage
90201		Wegegebühr PKK, Wegegeld pro DKM einfacher Besuch bei Tage
90202		Wegegebühr PKK, Wegegeld pro DKM dringender Besuch bei Tage
90203		Wegegebühr PKK, Wegepauschale bis 2 DKM bei Nacht
90204		Wegegebühr PKK, Wegegeld pro DKM dringender Besuch bei Nacht
90231		DMP Asthma, Nachschulung im Zeitraum von 6-12 Monaten zur Erstschulung, max. 4UE
90233		DMP Asthma, Verbrauchsmaterialien zu den Schulungen DMP Asthma (Kinder)
90234		DMP Asthma, Ambulante Fürther Asthaschulung (AFAS), 6 UE
90235		DMP Asthma, Nachschulung für Erwachsene (frühestens nach 1 Jahr), 1 UE
90237		DMP Asthma, Verbrauchsmaterialien zu den Schulungen DMP Asthma (Erwachsene)
90240		DMP COPD, Ambulante Fürther Schulung für COPD-Patienten (AFBE), 6 UE
90241		DMP COPD, Nachschulung (frühestens nach 1 Jahr), 1 UE
90243		DMP COPD, Verbrauchsmaterialien zu den Schulungen im DMP COPD
90309		DMP Diabetes mellitus Typ 2, Überweisung an Nephrologen
90309A		DMP Diabetes mellitus Typ 1, Überweisung an Nephrologen
90516		Verbrauchsmaterialien zu den Schulungen KHK

GOP	TextBrandenburg*	TextNordrhein*
90517		IPM Schulung Hypertonie DMP KHK
90620		Sachkosten Katarakt-OP, Sachkosten Linse u. Verbrauchsmaterial KN, LKK
90621		Sachkosten Katarakt-OP, Sachkosten Linse u. Verbrauchsmaterial KN, LKK
90636A		Nichtteilnehmer Kataraktvertrag Ersatzkassen, Sachkostenpauschale für Intraokularlinsen einschl. aller Sachkosten Altfälle
90779		Sachkosten Kataraktoperationen BKK/IKK, Pauschale Standardlinse für Nichtteilnehmer des Kataraktvertrages
90979		Kostenpauschale Suprapubischer Katheter
90980		Sachkostenpauschale Schienenverbände
91530	Hämodialyse als Heimdialyse, je Dialyse (bei AOK einschließlich des unter SNR 91541 aufgeführten Sachkostenzuschlages)	#NV
91534	Kontinuierliche Peritonealdialysebehandlung mit apparativem Dialysataustausch (CCPD) als Heimdialyse, je Tag	#NV
91541	Zuschlag zu den Sachkosten bei Durchführung der Behandlung als Bicarbonatdialyse einschl. notwendiger Kontrollen des Säure- Basen- Haushaltes	#NV
91542	Zuschlag zu den Sachkosten bei Durchführung der Behandlung als Dialyse unter Verwendung von hoch-permeablen Membranen (Ultrafiltrationsfaktor > 10 ml/mm Hg x h synthetische Membran nicht Cuprophan) / High flux-Dialyse, je Dialyse	#NV
91543	Zuschlag zu den Sachkosten bei Durchführung der Behandlung als Hämodiafiltration	#NV
91544	Zuschlag zu den Sachkosten bei Durchführung der Behandlung als Hämofiltration	#NV
91545	Zuschlag zu den Sachkosten bei Durchführung der Behandlung als CAPD mit Disconnect-System	#NV
91546	Zuschlag zu den Sachkosten bei Durchführung der Behandlung als Dialysebehandlung für das Training des Patienten zur Vorbereitung auf die zentralisierte Heimdialyse	#NV
91548	Zuschlag zu den Sachkosten bei Durchführung der Behandlung als Hämodialyse unter Verwendung von Einmal-Dialysatoren (EDS)	#NV
91549	Zuschlag zu den Sachkosten bei Durchführung der Behandlung als Hämodialyse unter Verwendung von niedermolekularem Heparin	#NV
91820	Materialkosten	

GOP	TextBrandenburg*	TextNordrhein*
92117C		Palliativ-Vertrag, Wegegeld pro DKM bei Tag 1,68 Euro (entspricht 90202)
92117D		Palliativ-Vertrag, Wegegeld pro DKM bei Nacht 2,65 Euro (entspricht 90204)
93002		IV Hallo Baby (KV-Consult), Durchführung eines oralen Glukosetoleranztests
93003		IV Hallo Baby (KV-Consult), Sachkostenpauschale 75g-oGTT
93050		IV DFS Köln, Wagner 0, einmal pro Jahr
93070		IV DFS Düsseldorf 1, Wagner 0
93151	#NV	IV JaVita Versorgung für onkologische Patienten,- Dokumentation (2 je Fall), Netz 64, Mönchengladbach
93274		IV Pflegeheimprojekt Rhein-Erft Kreis Frechen und Hürth, Bereitschaftspauschale für Dienste an Wochenenden/Feiertagen bis zu 3 betr. Pflegeheimen
93275		IV Pflegeheimprojekt Rhein-Erft Kreis Frechen und Hürth, Bereitschaftspauschale für Dienste an Wochenenden/Feiertagen bis zu 4 bis 6 betr. Pflegeheimen
96020	DMP - KHK - Schulung von Typ 2-Diabetikern ohne Insulinbehandlung für den 1. und 2. Patienten jeweils (je Patient und Schulungseinheit)	
96020D	DMP - Schulung von Typ 2 Diabetikern ohne Insulinbehandlung; 4 Unterrichtseinheiten (Kronsberg, Jörgens) mit in der Regel 6 Patienten, jeweils je Patient und Schulungseinheit	
96021	DMP - KHK - Schulung von Typ 2-Diabetikern ohne Insulinbehandlung ab dem 3. Patienten jeweils (je Patient und Schulungseinheit)	
96021D	DMP - Schulung von Typ 2 Diabetikern ohne Insulinbehandlung; 8 Unterrichtseinheiten (Medias 2) mit in der Regel 6 Patienten, jeweils je Patient und Schulungseinheit	
96022	DMP - KHK - Schulung von Typ 2-Diabetikern mit Insulinbehandlung für den 1. und 2. Patienten jeweils (je Patient und Schulungseinheit)	
96022D	DMP - Schulung von Typ 2-Diabetikern mit Insulinbehandlung , 5 Unterrichtseinheiten konventionelle Insulintherapie, jeweils je Patient und Schulungseinheit	
96023	DMP - KHK - Schulung von Typ 2-Diabetikern mit Insulinbehandlung ab dem 3. Patienten jeweils (je Patient und Schulungseinheit)	

GOP	TextBrandenburg*	TextNordrhein*
96023D	DMP - Schulung von Typ 2-Diabetikern mit Insulinbehandlung , 12 Unterrichtseinheiten intensivierte Insulintherapie, jeweils je Patient und Schulungseinheit	
96024	DMP - KHK - Hypertonieschulung für den 1. und 2. Patienten jeweils (je Patient und Schulungseinheit)	
96024D	DMP - Hypertonieschulung von Typ 2-Diabetikern je Patient und Schulungseinheit	
96025	DMP - KHK - Hypertonieschulung ab dem 3. Patienten jeweils (je Patient und Schulungseinheit)	
96026	DMP - Diabetes Typ 1 Hypertonieschulung	
96031	DMP - Schulungsmaterial einschl. Diabetes-Pass (Diabetes Typ 1 und 2)	
96032	DMP - Vertrag Diabetes Typ 2 - Schulungsmaterial für Medias 2- Schulungen einschl. Diabetes-Pass	
96033	DMP - Hypertonie-Schulungsmaterial (Diabetes Typ 1 und 2)	
96057	Strukturvertrag Diabetes - Nichtärztliche Diabetikerbetreuung in der Schwerpunktpraxis durch einen Diabetesberater	
96058	Strukturvertrag Diabetes - Nichtärztliche Diabetikerbetreuung in der Schwerpunktpraxis durch einen Diabetesassistenten	
96061	Strukturvertrag Diabetes - Schulungsmaterial für Typ 1- bzw. Typ 2-Diabetiker	
96062	Strukturvertrag Diabetes - Schulungsmaterial MEDIAS-2-Schulung	
96070	Strukturvertrag Diabetes - Schulung wie für Typ 1-Diabetiker, je Patient und Schulungseinheit	
96071	Strukturvertrag Diabetes - Schulung wie für Typ 2-Diabetiker ohne Insulin, je Patient und Schulungseinheit	
96073	Strukturvertrag Diabetes - Schulung wie für Typ 2-Diabetiker mit Insulin, je Patient und Schulungseinheit	
96075	Strukturvertrag Diabetes - Hypertonieschulung, je Patient und Schulungseinheit	
96076	Strukturvertrag Diabetes - Hypertonieschulungsmaterial	
96082	Gestationsdiabetes - je Folgetest bei Schwangeren ohne Risikofaktoren nach 50g-Glucose-Screening-Test	
96420	Kostenpauschale für die Weitergabe der einschlägigen Befunddaten gemäß § 17 an den neu gewählten koordinierenden Arzt.	

GOP	TextBrandenburg*	TextNordrhein*
96530	DMP - COPD - Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis, "AFBE"	
96531	DMP - COPD - Schulungsprogramm für Asthma- Patienten, "AFAS"	
96532	DMP - COPD - Schulungsmaterial	
96630	DMP - Schulungen Asthma für Kinder, Jugendliche und Eltern	
96631	DMP - Schulungen Asthma für Asthmatiker "AFAS" oder "NASA"	
96632	DMP - Vertrag Asthma - Schulungsmaterial	
97200	Kostenersatz bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes, je Patient und Pflegetag	
97232A	Zuschlag zur Wegepauschale 97234 bei einem Radius bis 2km	
97232B	Zuschlag zur Wegepauschale 97235 bei einem Radius von mehr als 2km bis 5km	
97232C	Zuschlag zur Wegepauschale 97236 bei einem Radius von mehr als 5km bis 10km	
97232D	Zuschlag zur Wegepauschale 97236 bei einem Radius von mehr als 10km bis 15km	
97232E	Zuschlag zur Wegepauschale 97236 bei einem Radius von mehr als 15km bis 20km	
97232F	Zuschlag zur Wegepauschale 97236 bei einem Radius von mehr als 20km bis 25km	
97232G	Zuschlag zur Wegepauschale 97236 bei einem Radius von mehr als 25km bis 30km	
97232H	Zuschlag zur Wegepauschale 97236 bei einem Radius von mehr als 30km bis 35km	
97232I	Zuschlag zur Wegepauschale 97236 bei einem Radius von mehr als 35km	
97233A	Zuschlag zur Wegepauschale 97237 bei einem Radius bis 2km	
97233B	Zuschlag zur Wegepauschale 97238 bei einem Radius von mehr als 2km bis 5km	
97233C	Zuschlag zur Wegepauschale 97239 bei einem Radius von mehr als 5km bis 10km	
97233D	Zuschlag zur Wegepauschale 97239 bei einem Radius von mehr als 10km bis 15km	
97234	Wegepauschale für Besuche im Kernbereich bis zu 2 km Radius bei Tage zwischen 8 und 20 Uhr	
97234E	Wegepauschale für Ärzte mit Praxissitz außerhalb kreisfreier Städte	

GOP	TextBrandenburg*	TextNordrhein*
97235	Wegepauschale für Besuche im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius bei Tage zwischen 8 und 20 Uhr	
97235E	Wegepauschale für Ärzte mit Praxissitz außerhalb kreisfreier Städte	
97236	Wegepauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 5 Radius bei Tage zwischen 8 und 20 Uhr	
97236E	Wegepauschale für Ärzte mit Praxissitz außerhalb kreisfreier Städte	
97236F	Wegepauschale für Ärzte mit Praxissitz in kreisfreien Städten (Brandenburg, Frankfurt, Cottbus, Potsdam)	
97236K	Zusätzliche Wegegebühren im Rahmen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes zusätzlich zu den SNRn 97236 und 97239 bei Entfernung mehr als 10km	
97236L	Zusätzliche Wegegebühren im Rahmen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes zusätzlich zu den SNRn 97236 und 97239 bei Entfernung mehr als 15km	
97236M	Zusätzliche Wegegebühren im Rahmen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes zusätzlich zu den SNRn 97236 und 97239 bei Entfernung mehr als 20km	
97236N	Zusätzliche Wegegebühren im Rahmen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes zusätzlich zu den SNRn 97236 und 97239 bei Entfernung mehr als 25km	
97236P	Zusätzliche Wegegebühren im Rahmen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes zusätzlich zu den SNRn 97236 und 97239 bei Entfernung mehr als 30km	
97237	Wegepauschale für Besuche im Kernbereich bis zu 2 km Radius bei Nacht zwischen 20 und 8 Uhr	
97237E	Wegepauschale für Ärzte mit Praxissitz außerhalb kreisfreier Städte	
97237F	Wegepauschale für Ärzte mit Praxissitz in kreisfreien Städten (Brandenburg, Frankfurt, Cottbus, Potsdam)	
97238	Wegepauschale für Besuche im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius bei Nacht zwischen 20 und 8 Uhr	
97238E	Wegepauschale für Ärzte mit Praxissitz außerhalb kreisfreier Städte	
97238F	Wegepauschale für Ärzte mit Praxissitz in kreisfreien Städten (Brandenburg, Frankfurt, Cottbus, Potsdam)	
97239	Wegepauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 5 Radius bei Nacht zwischen 20 und 8 Uhr	

GOP	TextBrandenburg*	TextNordrhein*
97239E	Wegepauschale für Ärzte mit Praxissitz außerhalb kreisfreier Städte	
97239K	Zusätzliche Wegegebühren im Rahmen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes zusätzlich zu den SNRn 97236 und 97239 bei Entfernung mehr als 10km	
97239L	Zusätzliche Wegegebühren im Rahmen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes zusätzlich zu den SNRn 97236 und 97239 bei Entfernung mehr als 15km	
97239M	Zusätzliche Wegegebühren im Rahmen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes zusätzlich zu den SNRn 97236 und 97239 bei Entfernung mehr als 20km	
97239N	Zusätzliche Wegegebühren im Rahmen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes zusätzlich zu den SNRn 97236 und 97239 bei Entfernung mehr als 20km	
97239P	Zusätzliche Wegegebühren im Rahmen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes zusätzlich zu den SNRn 97236 und 97239 bei Entfernung mehr als 20km	
98009A		Behandlungs- und Schulungsprogramm für intens. Insulintherapie, max. 300Euro
98010A		Schulungsprogramm für Jugendliche mit Diabetes, max. 300Euro
98015		Verbrauchsmaterialien zu den Schulungen nach den Nrn. 98013, 98014, 98016 u. 98017
98015A		Verbrauchsmaterialien zu den Schulungen
98016		Hypertonie Schulungsprogramm
98016A		Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie, max. 100Euro
98017		Strukturiertes Hypertonie- und Schulungsprogramm (HBSP), max. 100Euro
98018		IPM Schulung im DMP Diabetes mellitus Typ 2, max. 100Euro
98019		Schulungsprogramm MEDIAS 2, max. 200Euro
98223		Aufwach-und/oder Erholungszeit 2 bis 4 Stunden
98225		Kostenpauschale f. Mittel des Sprechst.Bedarf
98228		Kostenpauschale f. Mittel des Sprechst.Bedarf
98229		Besuch und Wegepauschale
98232		Pauschalerstattung der Kosten für den Bezug von Mifepreston
98233		Zuschlag zur Pauschalerstattung nach Nr. 98232
98237		Beobachtung u. Betreuung eines Kranken während der Aufwachphase, Dauer

GOP	TextBrandenburg*	TextNordrhein*
		mehr als 2 Std.
98238		Beobachtung u. Betreuung eines Kranken während der Aufwachphase, Dauer mehr als 4 Std.

*GOP fehlt in KV bei fehlendemText

Quelle: GKV-Spitzenverband KV Brandenburg und Nordrhein

3 Ergebnisse

Die Gruppe der kalkulierten GOPs ist diejenige mit dem größten Anteil am Leistungsbedarf, gefolgt von den GOPs mit nachberechneter Kalkulationszeit (Tabelle 13). GOPs ohne Kalkulations- und Prüfzeit, die aber vom GKV-Spitzenverband als Leistung mit ärztlicher Arbeitszeit eingestuft sind, machen 7,6 % des Leistungsbedarfs der in die Analyse einbezogenen Fachgebiete aus.

Tabelle 14:
Verteilung des Leistungsbedarfs* (in %) von ausgewählten Fachgruppen
nach Vorhandensein von Prüf- und Kalkulationszeiten
 in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008

Arztgruppe	I Kalkulierte GOPs	II GOPs mit nach- berechneter Kalkulationszeit für Versicherten- pauschale	III GOPs ohne Kalkulations- zeit, aber mit Prüfzeit	IV GOPs ohne Kalkulations- und Prüfzeit, aber ärztliche Leis- tung	V GOPs ohne Kalkulations- und Prüfzeit, keine ärztliche Leis- tung	Ge- samt in %
	in %	in %	in %	in %	in %	
Allgemeinärzte	8,0	71,5	3,4	11,1	6,0	100,0
Anästhesisten	86,8	.	3,4	5,5	4,3	100,0
Augenärzte	79,9	.	,2	18,8	1,2	100,0
Chirurgen	90,8	,0	3,9	1,6	3,7	100,0
Frauenärzte	80,1	,0	12,1	2,2	5,6	100,0
HNO-Ärzte	91,8	.	4,8	1,6	1,8	100,0
Hautärzte	90,9	,1	1,1	1,7	6,2	100,0
Internisten <Hausärzte>	8,3	70,0	2,4	13,1	6,4	100,0
Kinderärzte <Hausärzte>	14,7	66,2	5,4	10,2	3,5	100,0
Nervenärzte**	60,2	35,0	2,2	1,1	1,6	100,0
Orthopäden	88,3	.	7,4	1,3	3,0	100,0
Radiologen	94,6	.	,2	1,7	3,5	100,0
Urologen	75,3	.	3,3	4,6	16,7	100,0
Innere Medizin, SP Gastroentero- logie	53,3	0,0	41,1	1,3	4,3	100,0
Innere Medizin, SP Kardiologie	33,8	.	60,2	1,4	4,7	100,0
Innere Medizin, SP Nephrologie	5,8	.	10,6	18,6	65,0	100,0
Innere Medizin, SP Pneumologie	80,6	.	0,1	4,8	14,6	100,0
Kinder- /Jugendpsychiatri e/-psychotherapie	60,9	.	0,9	0,9	37,2	100,0
Pathologie	13,4	.	75,8	0,3	10,5	100,0
Psychiatrie	71,0	24,3	2,1	1,5	1,1	100,0
Psychosomat. Med. u. Psycho- therapie	98,3	0,0	0,0	1,2	0,5	100,0
Ärztliche Psycho- therapeuten	97,5	.	0,0	1,4	1,0	100,0
Psychologische Psychotherapeu- ten	99,7	.	0,2	0,1	0,1	100,0
Kinder- u. Ju- gendl.- Psychotherapeu- ten	92,4	0,6	6,8	0,1	0,1	100,0
Gesamt	46,6	32,1	6,3	7,6	7,3	100,0

*sachlich-rechnerisch richtig **ohne Neurologen/Psychiater

Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Tabelle 15:
Errechnete Zeitsummen von ausgewählten Fachgruppen**
 in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008

Arztgruppe	mittlere Summe Brutto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	mittlere Summe Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	mittlere Summe Netto-Kalkulationszeit je Fall und Quartal in Minuten
Allgemeinärzte	784	685	47
Anästhesisten	379	331	84
Augenärzte	676	591	26
Chirurgen	692	605	44
Frauenärzte	691	603	31
HNO-Ärzte	665	581	32
Hautärzte	655	572	22
Internisten <Hausärzte>	850	742	49
Kinderärzte <Hausärzte>	745	651	36
Nervenärzte*	871	761	48
Orthopäden	911	796	41
Radiologen	571	499	21
Urologen	686	599	34
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	609	532	40
Innere Medizin, SP Kardiologie	783	684	56
Innere Medizin, SP Nephrologie	554	483	97
Innere Medizin, SP Pneumologie	917	801	42
Kinder-/Jugendpsychiatrie/-psychotherapie	534	466	99
Pathologie	377	329	5
Psychiatrie	547	478	71
Psychosomat. Med. u. Psychotherapie	261	228	289
Ärztliche Psychotherapeuten	269	235	258
Psychologische Psychotherapeuten	282	247	307
Kinder- u. Jugendl.-Psychotherapeuten	255	223	346
Alle ausgewählten Fachgruppen	657	574	42

*ohne Neurol., Psych. **GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus "Ersatzverfahren GKV-SV " ergänzt bei Fehlen

Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Tabelle 16:
Errechnete Zeitsummen je Arzt und Kategorie**
nach ausgewählten Fachgruppen
 in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008

Arztgruppe	I Kalkulierte GOPs	II GOPs mit nach- berechneter Kalkulationszeit für Versicherten- pauschale	III GOPs ohne Kalkulations- zeit, aber mit Prüfzeit	IV GOPs ohne Kalkulations- und Prüfzeit, aber ärztliche Leis- tung	V GOPs ohne Kalkulations- und Prüfzeit, keine ärztliche Leis- tung	Ge- samt
Allgemeinärzte	57	522	24	82	0	685
Anästhesisten	298	.	5	27	0	331
Augenärzte	559	.	1	31	0	591
Chirurgen	579	0	13	13	0	605
Frauenärzte	545	0	45	13	0	603
HNO-Ärzte	555	.	12	14	0	581
Hautärzte	554	0	6	12	0	572
Internisten <Hausärzte>	59	556	18	109	0	742
Kinderärzte <Hausärzte>	111	425	46	68	0	651
Nervenärzte**	433	307	14	7	0	761
Orthopäden	756	.	27	13	0	796
Radiologen	491	.	0	8	0	499
Urologen	551	.	19	30	0	599
Innere Medizin, SP Gastroentero- logie	403	0	116	13	0	532
Innere Medizin, SP Kardiologie	313	.	358	14	0	684
Innere Medizin, SP Nephrologie	156	.	244	84	0	483
Innere Medizin, SP Pneumologie	727	.	1	72	0	801
Kinder- /Jugendpsychiatri e/-psychotherapie	447	.	13	6	0	466
Pathologie	25	.	302	2	0	329
Psychiatrie	329	134	8	6	0	478
Psychosomat. Med. u. Psycho- therapie	226	0	0	2	0	228
Ärztliche Psycho- therapeuten	232	.	0	3	0	235
Psychologische Psychotherapeu- ten	246	.	0	0	0	247
Kinder- u. Ju- gendl.- Psychotherapeu- ten	208	2	13	0	0	223
Gesamt	285	219	27	43	0	574

*ohne Neurol., Psych. **mittl. Nettokalkulationszeit in Stunden, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus "Ersatzverfahren GKV-SV " ergänzt bei Fehlen

Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Tabelle 17:
Errechnete Zeitsummen je Fall und Kategorie**
nach ausgewählten Fachgruppen
 in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008

Arztgruppe	I Kalkulierte GOPs	II GOPs mit nach- berechneter Kalkulationszeit für Versicherten- pauschale	III GOPs ohne Kalkulations- zeit, aber mit Prüfzeit	IV GOPs ohne Kalkulations- und Prüfzeit, aber ärztliche Leis- tung	V GOPs ohne Kalkulations- und Prüfzeit, keine ärztliche Leis- tung	Ge- samt
Allgemeinärzte	4	36	2	6	0	47
Anästhesisten	76	.	1	7	0	84
Augenärzte	25	.	0	1	0	26
Chirurgen	42	0	1	1	0	44
Frauenärzte	28	0	2	1	0	31
HNO-Ärzte	31	.	1	1	0	32
Hautärzte	21	0	0	0	0	22
Internisten <Hausärzte>	4	37	1	7	0	49
Kinderärzte <Hausärzte>	6	24	3	4	0	36
Nervenärzte**	27	19	1	0	0	48
Orthopäden	39	.	1	1	0	41
Radiologen	20	.	0	0	0	21
Urologen	31	.	1	2	0	34
Innere Medizin, SP Gastroentero- logie	30	0	9	1	0	40
Innere Medizin, SP Kardiologie	26	.	29	1	0	56
Innere Medizin, SP Nephrologie	31	.	49	17	0	97
Innere Medizin, SP Pneumologie	38	.	0	4	0	42
Kinder- /Jugendpsychiatri e/-psychotherapie	95	.	3	1	0	99
Pathologie	0	.	5	0	0	5
Psychiatrie	49	20	1	1	0	71
Psychosomat. Med. u. Psycho- therapie	286	0	0	3	0	289
Ärztliche Psycho- therapeuten	255	.	0	3	0	258
Psychologische Psychotherapeu- ten	306	.	1	0	0	307
Kinder- u. Ju- gendl.- Psychotherapeu- ten	323	3	20	0	0	346
Gesamt	21	16	2	3	0	42

*ohne Neurol., Psych. **mittl. Nettokalkulationszeit in Minuten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus "Ersatzverfahren GKV-SV " ergänzt bei Fehlen

Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Tabelle 18:
Praxen mit einer errechneten Zeitsumme**
kleiner oder gleich bzw. mehr als 511 Netto-Stunden je Arzt
nach ausgewählten Fachgruppen
 in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008

Arztgruppe	Nettoarbeitszeit* des Arztes				Gesamt	
	kleiner oder gleich 511 Stunden		größer 511 Stunden		Praxen	in %
	Praxen	in %	Praxen	in %		
Allgemeinärzte	932	27,3	2486	72,7	3418	100
Anästhesisten	211	84,4	39	15,6	250	100
Augenärzte	187	34,8	351	65,2	538	100
Chirurgen	116	34,3	222	65,7	338	100
Frauenärzte	363	31,4	794	68,6	1157	100
HNO-Ärzte	160	34,4	305	65,6	465	100
Hautärzte	144	40,0	216	60,0	360	100
Internisten <Hausärzte>	190	18,3	847	81,7	1037	100
Kinderärzte <Hausärzte>	166	26,9	452	73,1	618	100
Nervenärzte*	23	13,5	147	86,5	170	100
Orthopäden	52	10,0	467	90,0	519	100
Radiologen	48	64,9	26	35,1	74	100
Urologen	103	40,7	150	59,3	253	100
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	45	48,9	47	51,1	92	100
Innere Medizin, SP Kardiologie	20	19,4	83	80,6	103	100
Innere Medizin, SP Nephrologie	32	61,5	20	38,5	52	100
Innere Medizin, SP Pneumologie	14	13,0	94	87,0	108	100
Kinder- /Jugendpsychiatrie/ psychotherapie	42	59,2	29	40,8	71	100
Pathologie	40	78,4	11	21,6	51	100
Psychiatrie	121	56,5	93	43,5	214	100
Psychosomat. Med. u. Psychotherapie	225	99,1	2	0,9	227	100
Ärztliche Psychothera- peuten	274	97,5	7	2,5	281	100
Psychologische Psy- chotherapeuten	1741	98,5	27	1,5	1768	100
Kinder- u. Jugendl.- Psychotherapeuten	246	98,4	4	1,6	250	100
Gesamt	5495	44,3	6919	55,7	12414	100,0

*ohne Neurol., Psych. **GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus "Ersatzverfahren GKV-SV " ergänzt bei Fehlen

Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Tabelle 19:

Fallzahlen je Arzt für Praxen mit einer errechneten Zeitsumme kleiner oder gleich bzw. mehr als 511 Netto-Stunden je Arzt nach ausgewählten Fachgruppen**

in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008

Arztgruppe	Nettoarbeitszeit* des Arztes		
	kleiner oder gleich 511 Stunden	größer 511 Stunden	Gesamt
	Fälle je Arzt	Fälle je Arzt	Fälle je Arzt
Allgemeinärzte	504	1.022	875
Anästhesisten	204	421	236
Augenärzte	977	1.577	1.354
Chirurgen	527	1.007	828
Frauenärzte	872	1.309	1.164
HNO-Ärzte	756	1.250	1.078
Hautärzte	1.140	1.854	1.550
Internisten <Hausärzte>	509	997	903
Kinderärzte <Hausärzte>	683	1.229	1.071
Nervenärzte*	556	1.026	960
Orthopäden	636	1.226	1.157
Radiologen	1.080	2.241	1.441
Urologen	754	1.294	1.060
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	617	990	803
Innere Medizin, SP Kardiologie	438	810	735
Innere Medizin, SP Nephrologie	253	378	300
Innere Medizin, SP Pneumologie	692	1.226	1.149
Kinder-/Jugendpsychiatrie/psychotherapie	196	404	283
Pathologie	3.263	6.284	3.852
Psychiatrie	209	667	404
Psychosomat. Med. u. Psychotherapie	47	132	47
Ärztliche Psychotherapeuten	52	147	55
Psychologische Psychotherapeuten	47	108	48
Kinder- u. Jugendl.-Psychotherapeuten	34	242	39
Alle ausgewählten Fachgruppen	420	1.146	826

*ohne Neurol., Psych. **GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus "Ersatzverfahren GKV-SV " ergänzt bei Fehlen

Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

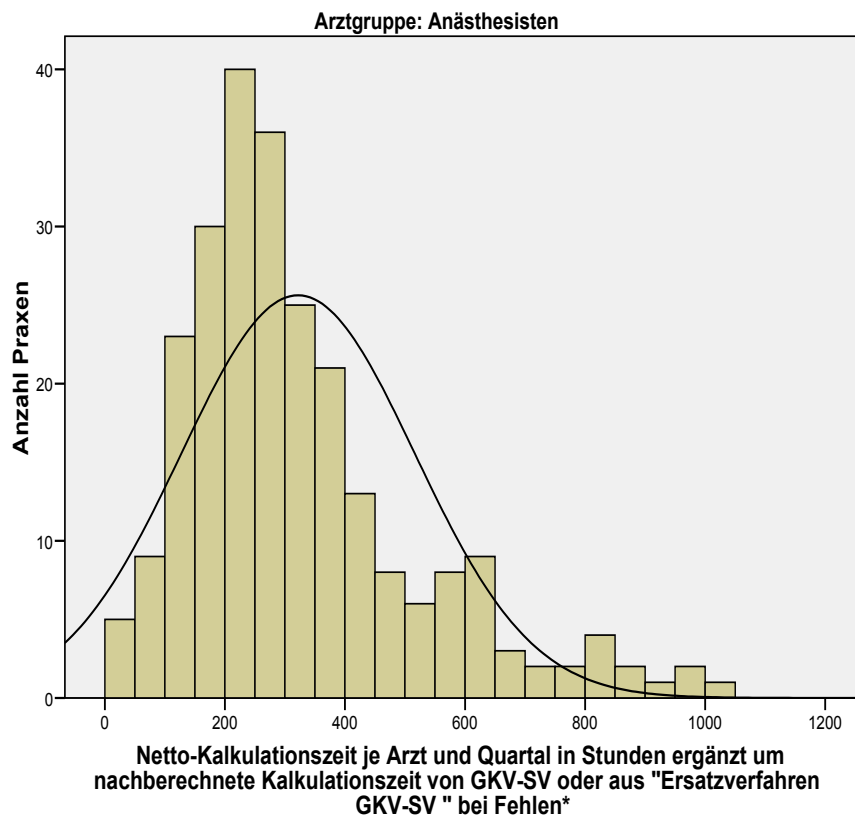
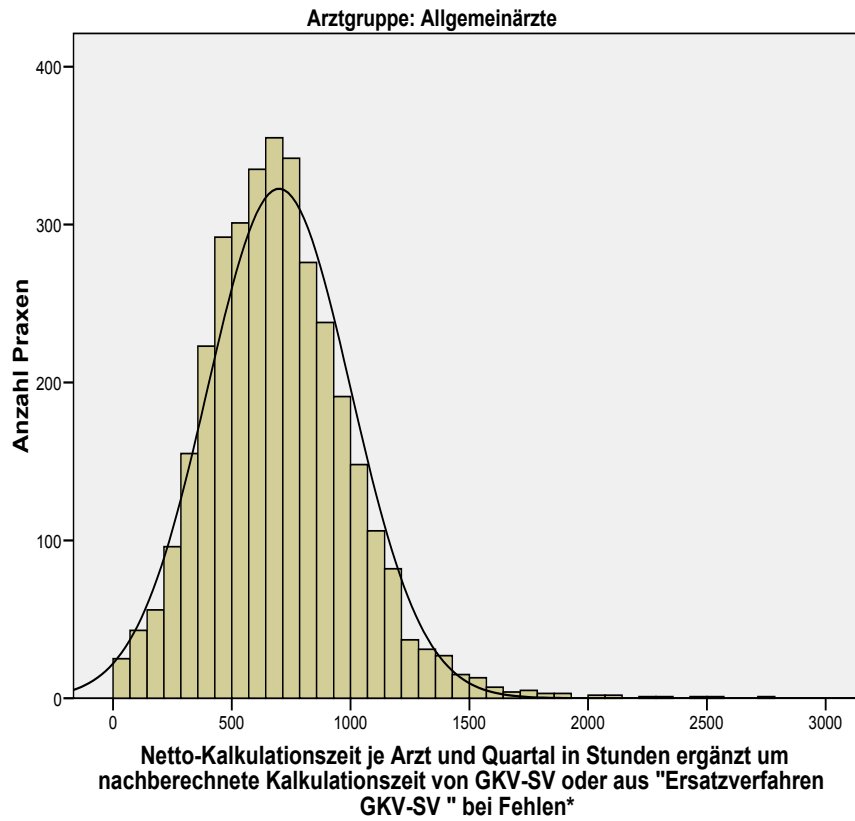
Tabelle 20:
Streuung errechneter Zeitsummen je Arzt**
nach ausgewählten Fachgruppen
 in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008

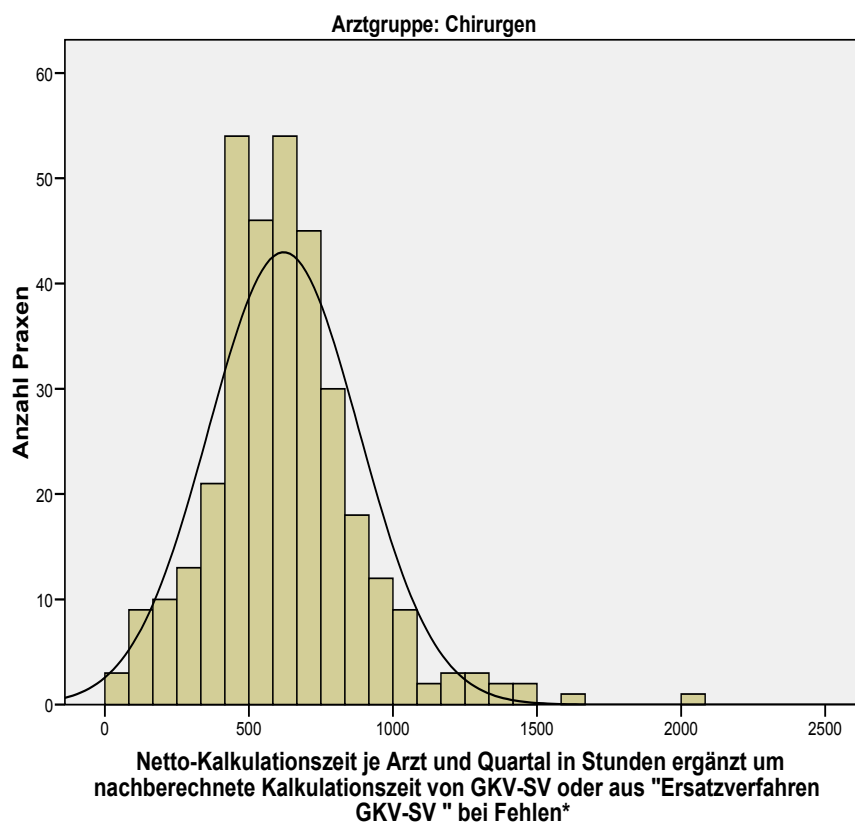
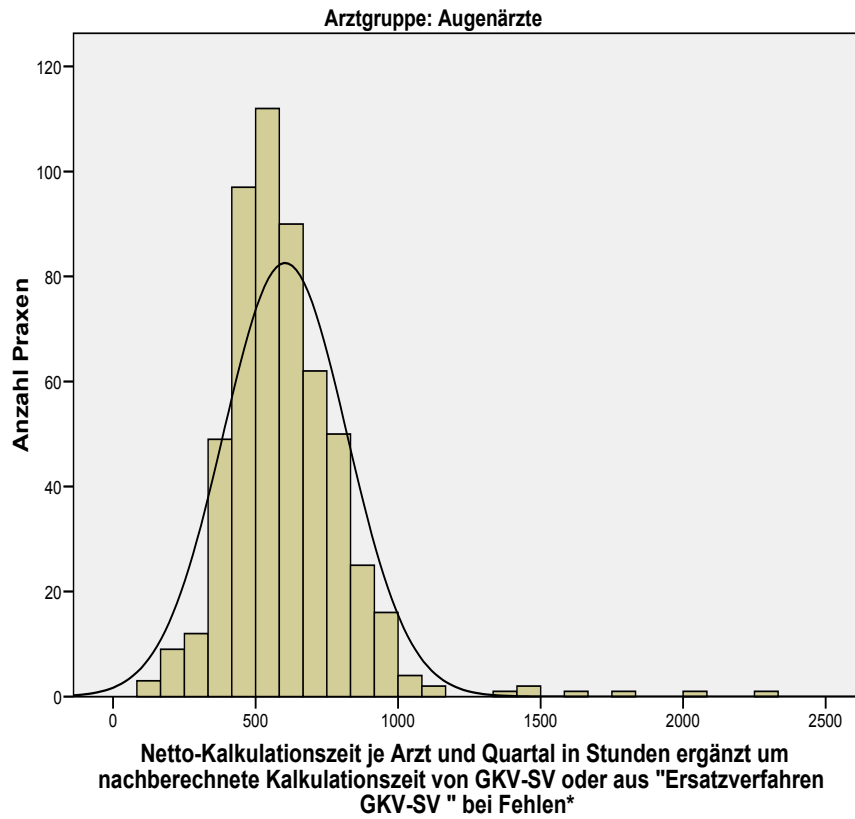
Arztgruppe	Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden ergänzt um Prüfzeiten und nachgestellte Kalkulationszeit von KBV bei Fehlen					
	05. Perzentil	25. Perzentil	Median	75. Perzentil	95. Perzentil	Praxen
Allgemeinärzte	256	491	679	877	1.196	3.418
Anästhesisten	96	189	274	398	765	250
Augenärzte	338	478	573	704	921	538
Chirurgen	194	467	601	748	1.063	338
Frauenärzte	301	478	596	732	951	1.157
HNO-Ärzte	283	472	576	680	909	465
Hautärzte	300	436	546	702	988	360
Internisten <Hausärzte>	294	561	723	924	1.252	1.037
Kinderärzte <Hausärzte>	315	504	643	811	1.092	618
Nervenärzte*	355	581	769	944	1.108	170
Orthopäden	428	654	794	954	1.249	519
Radiologen	242	362	468	656	1.001	74
Urologen	288	451	559	747	1.125	253
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	284	412	517	656	959	92
Innere Medizin, SP Kardiologie	303	538	682	836	1.363	103
Innere Medizin, SP Nephrologie	143	261	462	694	1.059	52
Innere Medizin, SP Pneumologie	444	586	728	977	1.475	108
Kinder- /Jugendpsychiatrie/ psychotherapie	109	351	469	569	749	71
Pathologie	49	194	308	484	656	51
Psychiatrie	85	285	476	633	937	214
Psychosomat. Med. u. Psychotherapie	76	140	218	297	430	227
Ärztliche Psychotherapeuten	60	160	220	292	426	281
Psychologische Psychotherapeuten	101	181	239	301	439	1.768
Kinder- u. Jugendl.- Psychotherapeuten	65	153	212	273	422	250

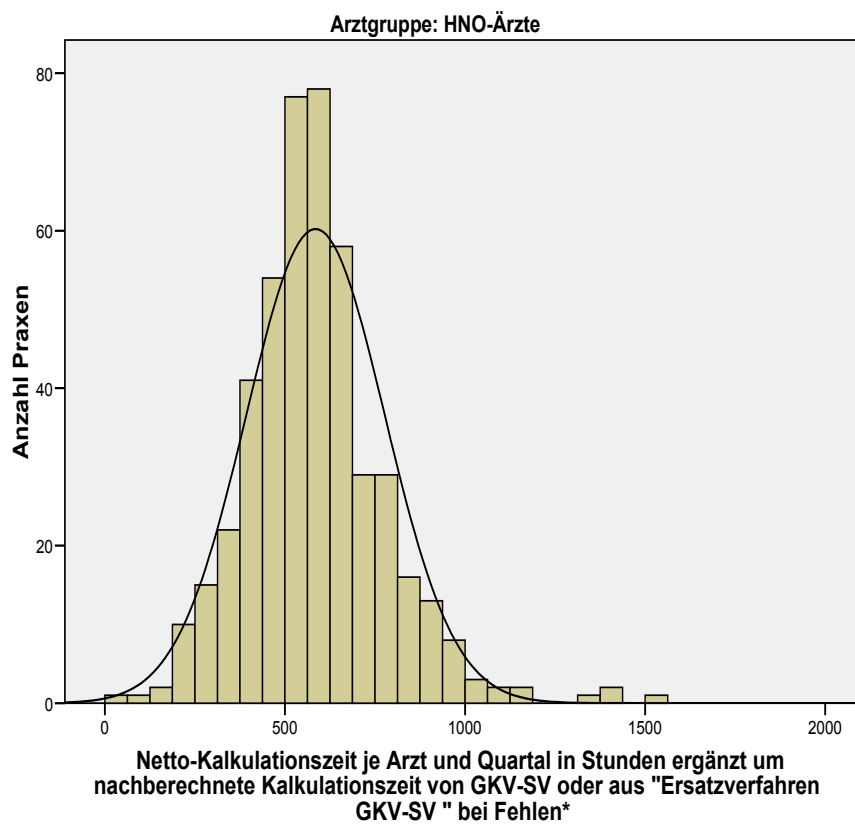
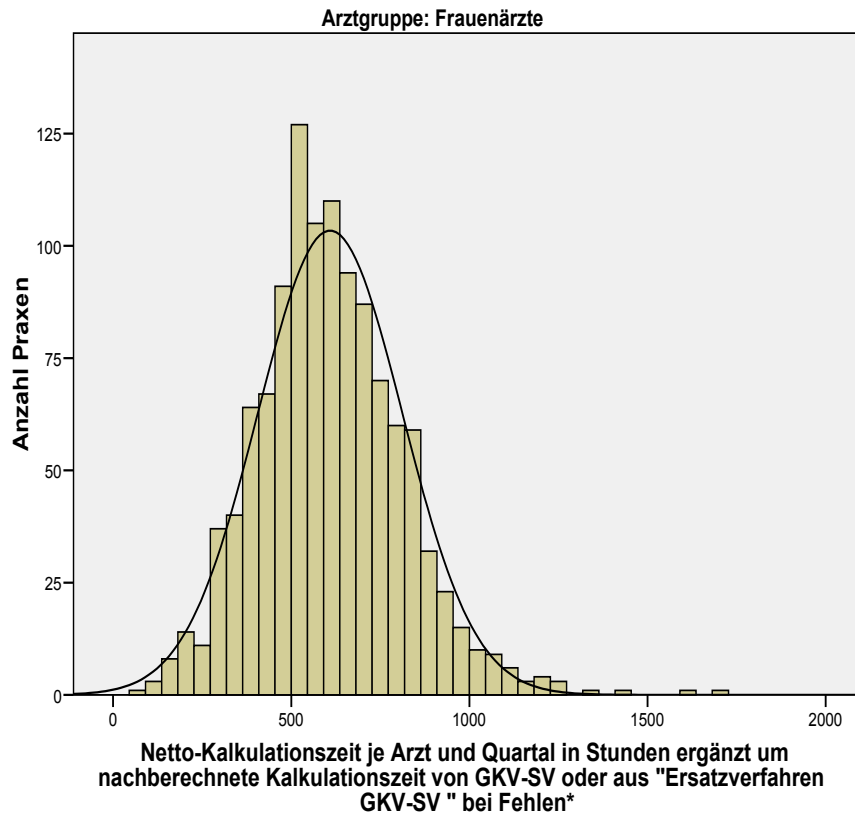
*ohne Neurol., Psych. **Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus "Ersatzverfahren GKV-SV " ergänzt bei Fehlen

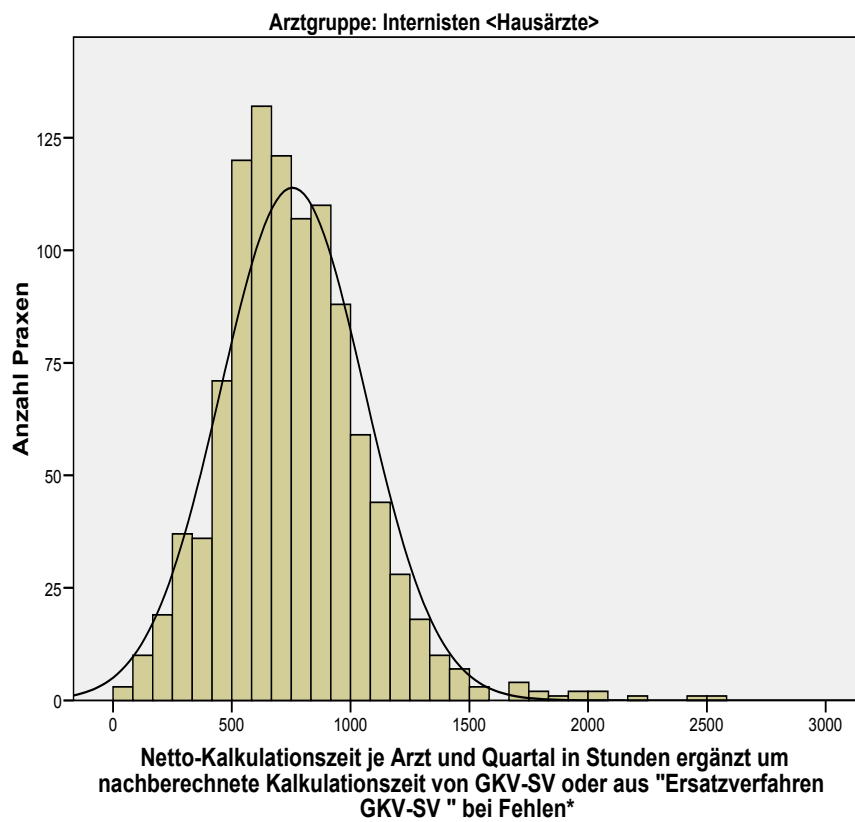
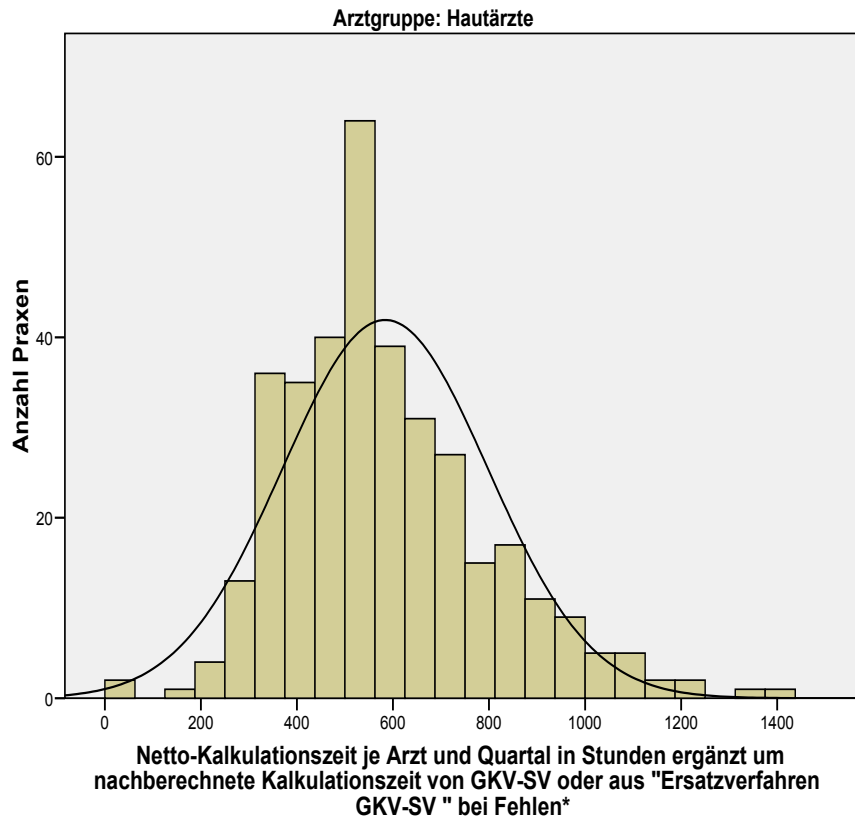
Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, GKV-Spitzenverband, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

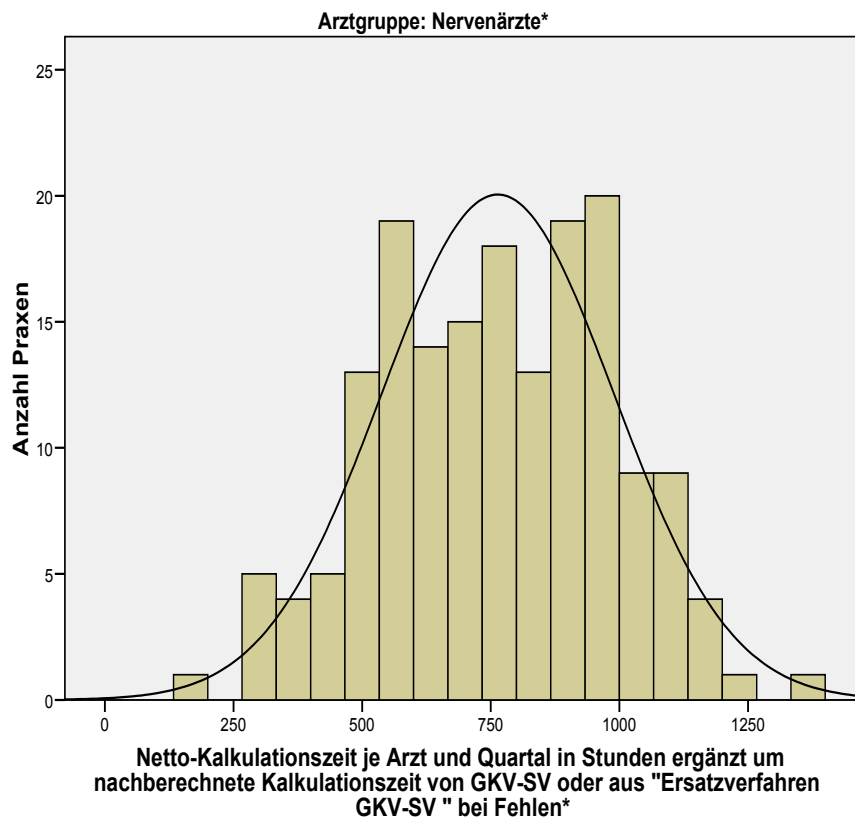
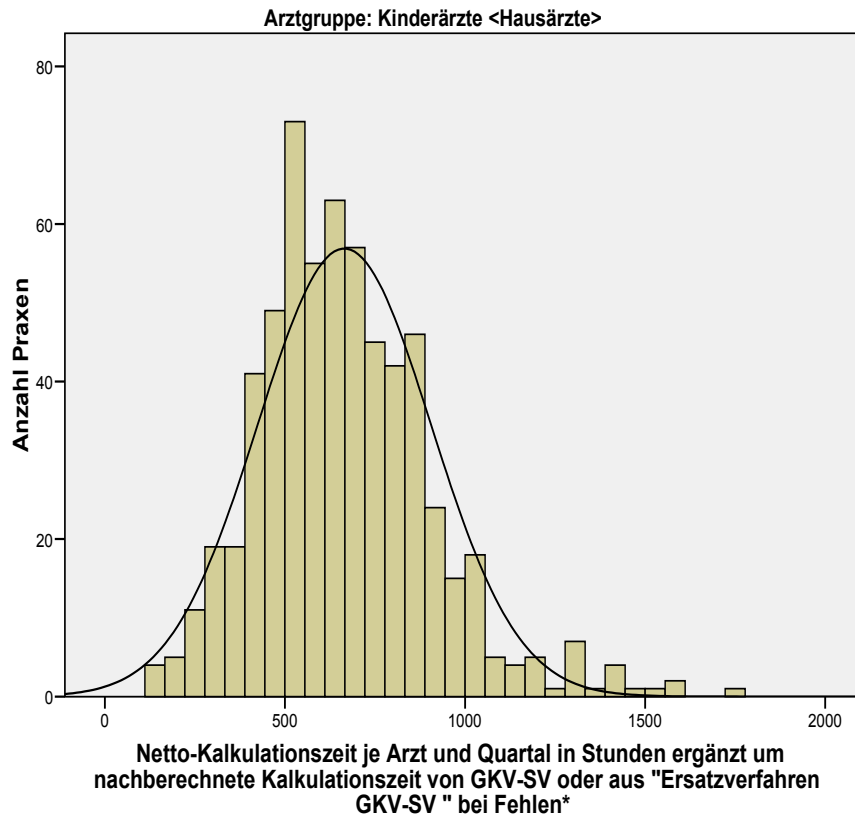
Abschließend erfolgt eine **grafische Darstellung** der Verteilung der nach der GKV-Methodik errechneten Nettoarbeitszeit je Arzt für die ausgewählten Fachgruppen, ergänzt um eine tabellarische **Analyse** des Zusammenhangs von **Nettoarbeitszeit** je Arzt und Quartal in Stunden (aufgeteilt nach Quartilsgrößenklassen) und der damit verbundenen **Fallzahl** je Arzt und Quartal.

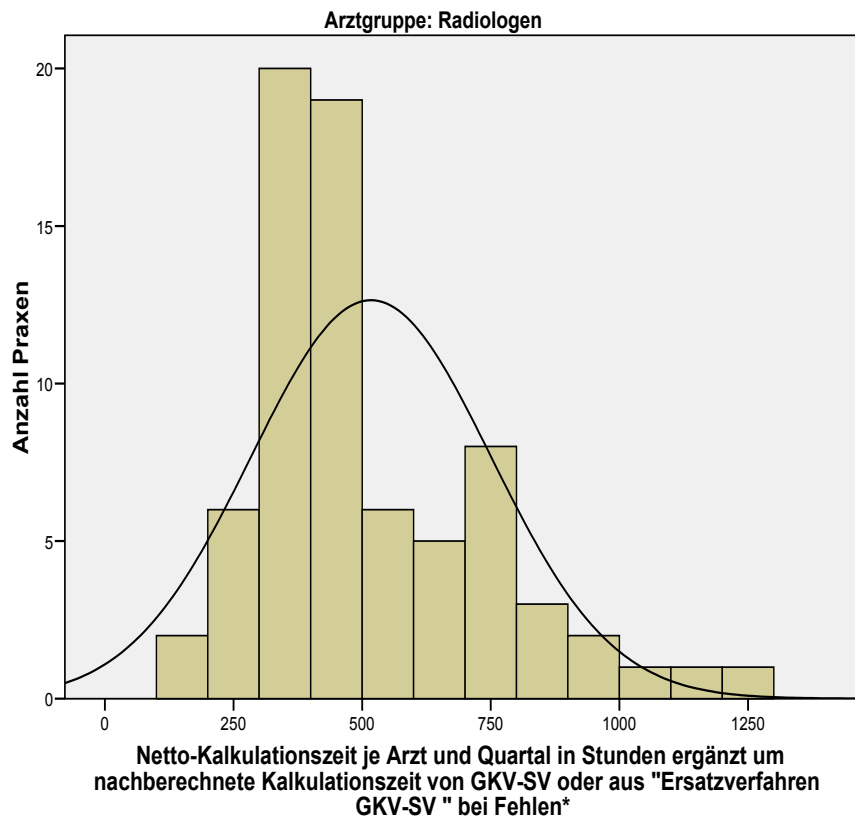
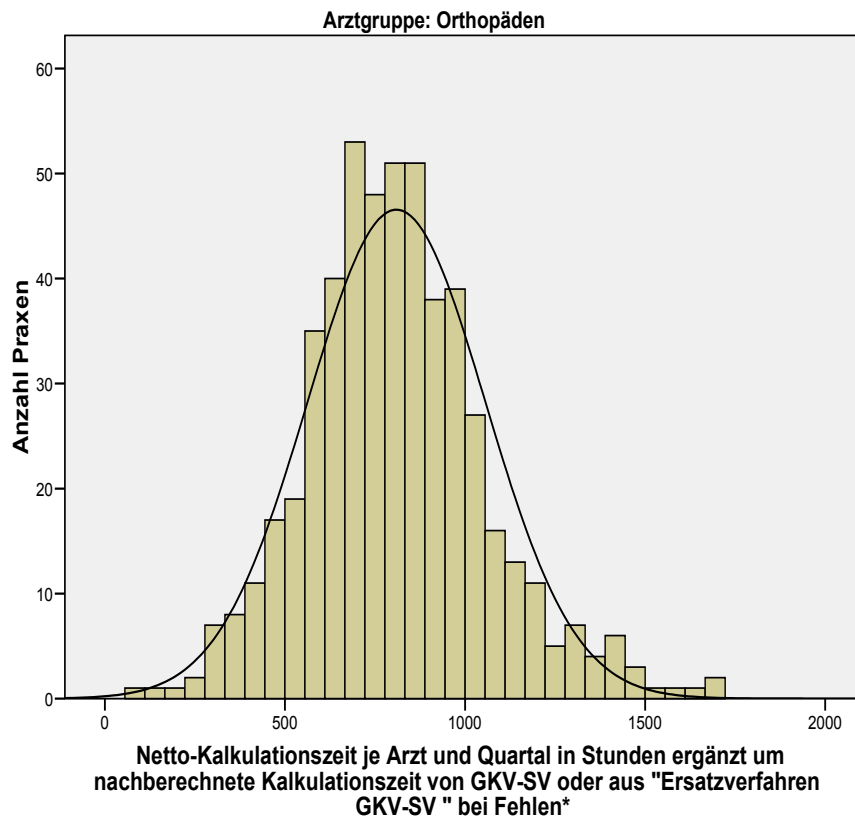


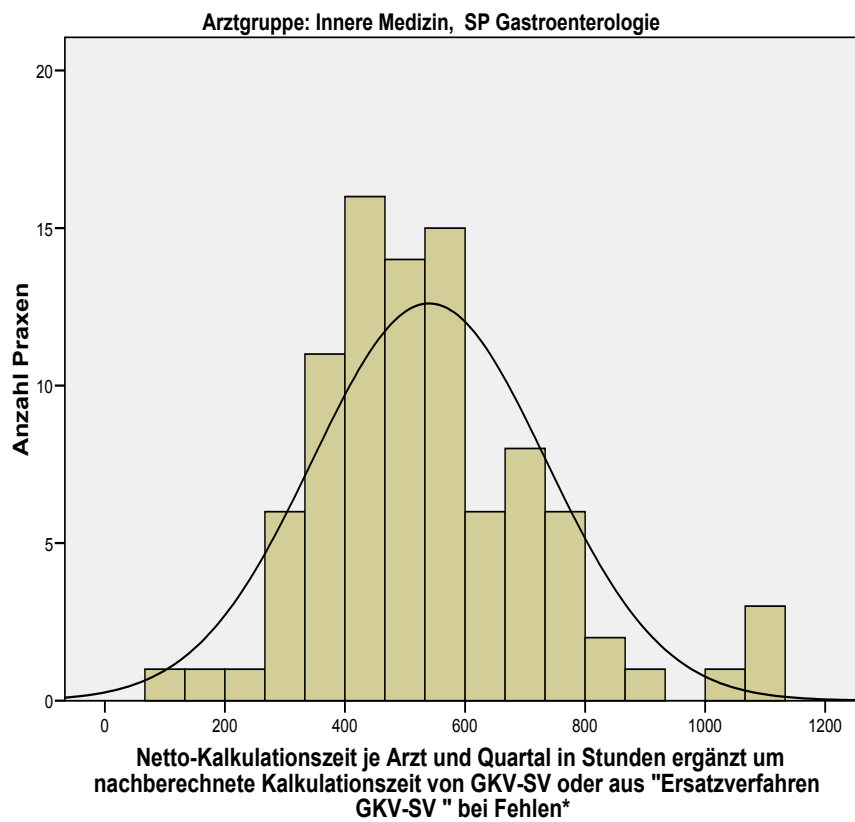
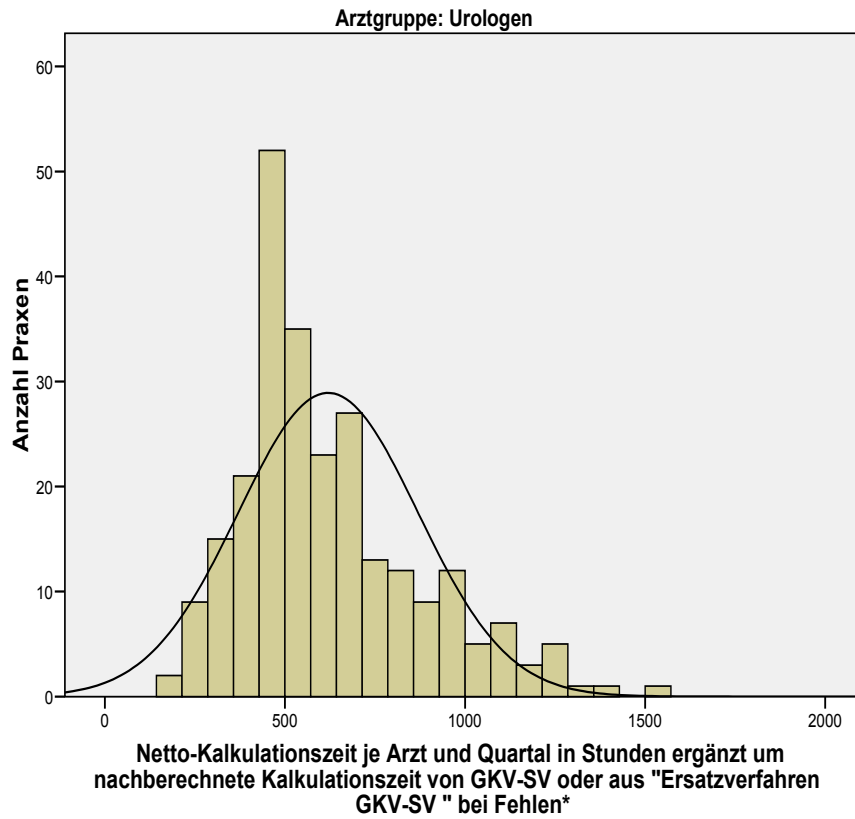


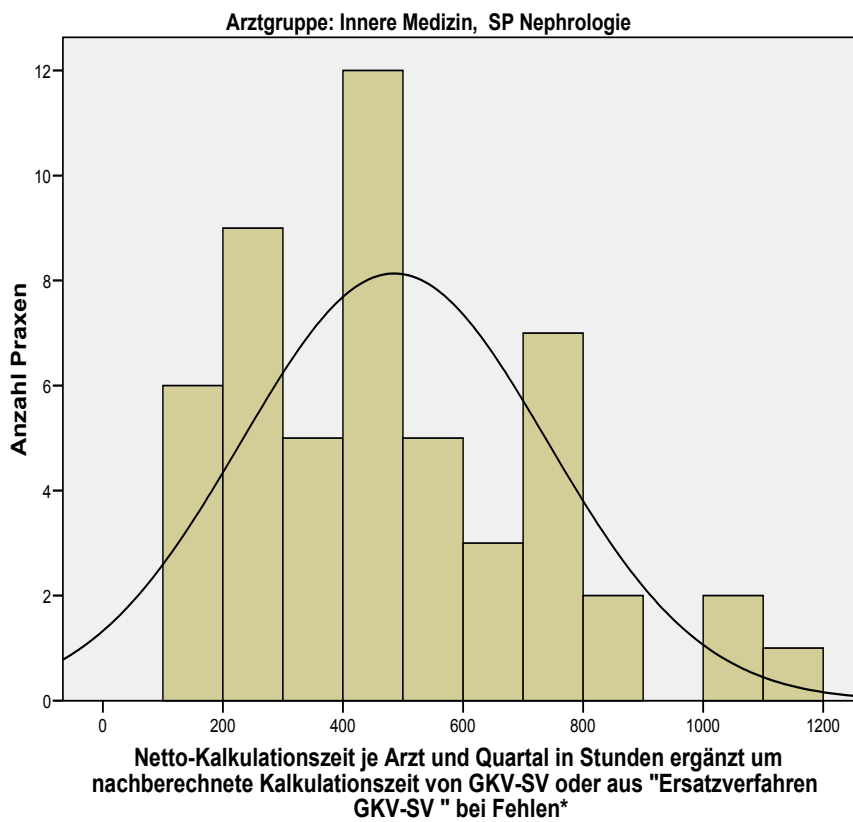
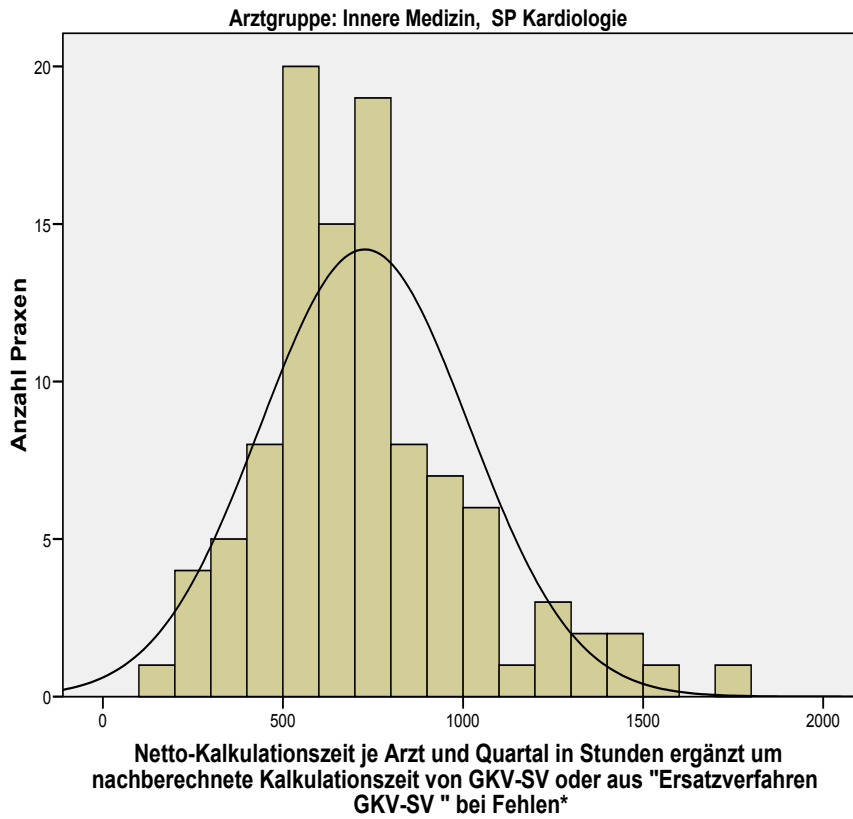


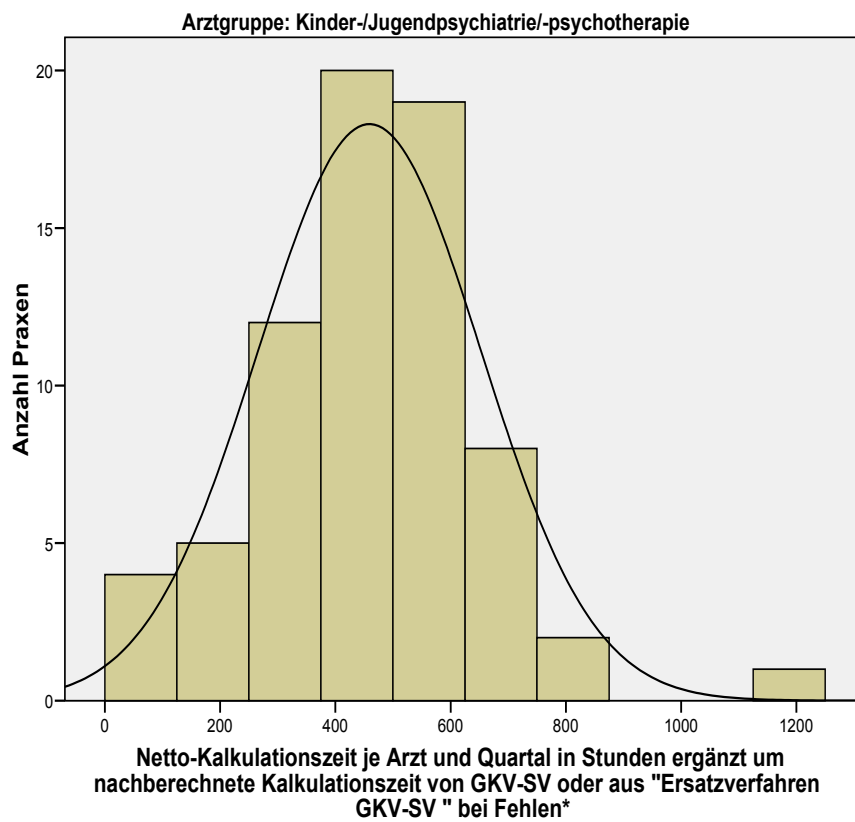
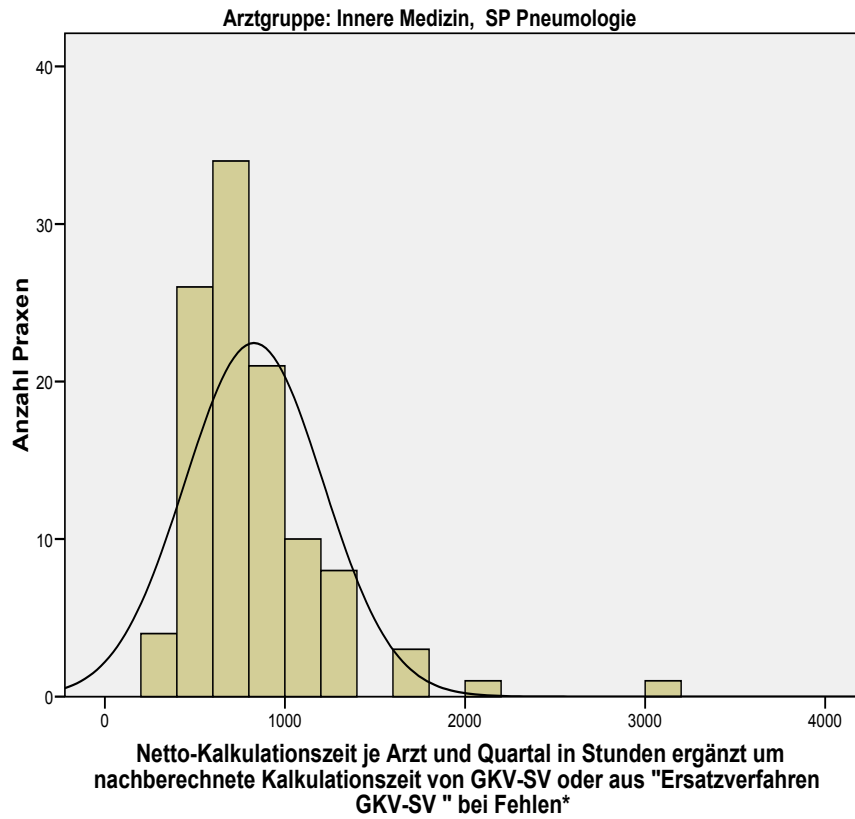


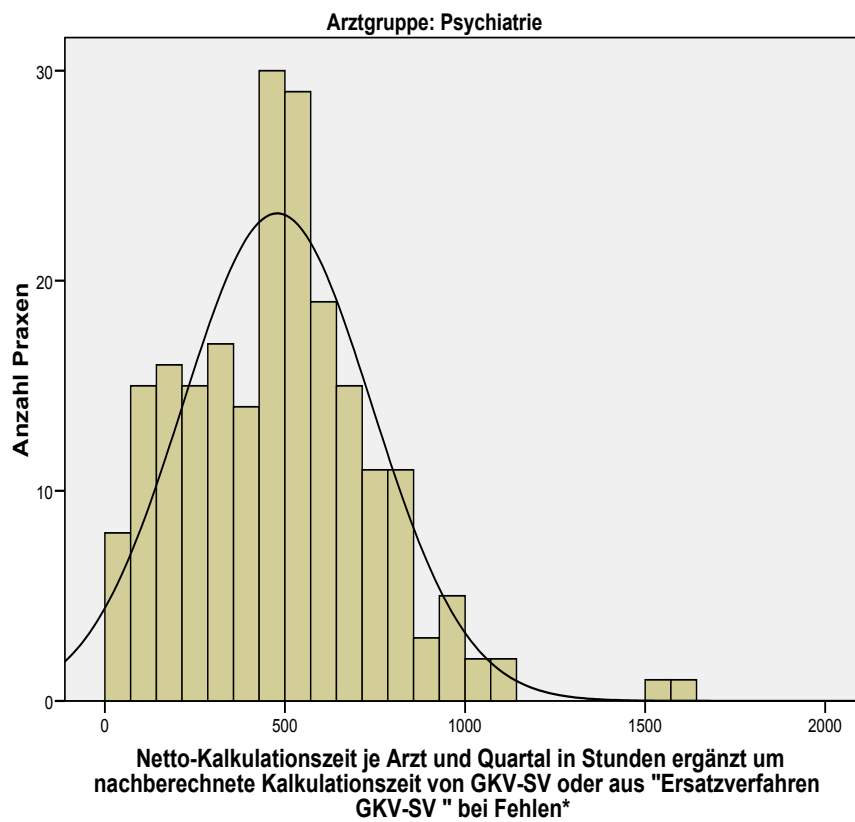
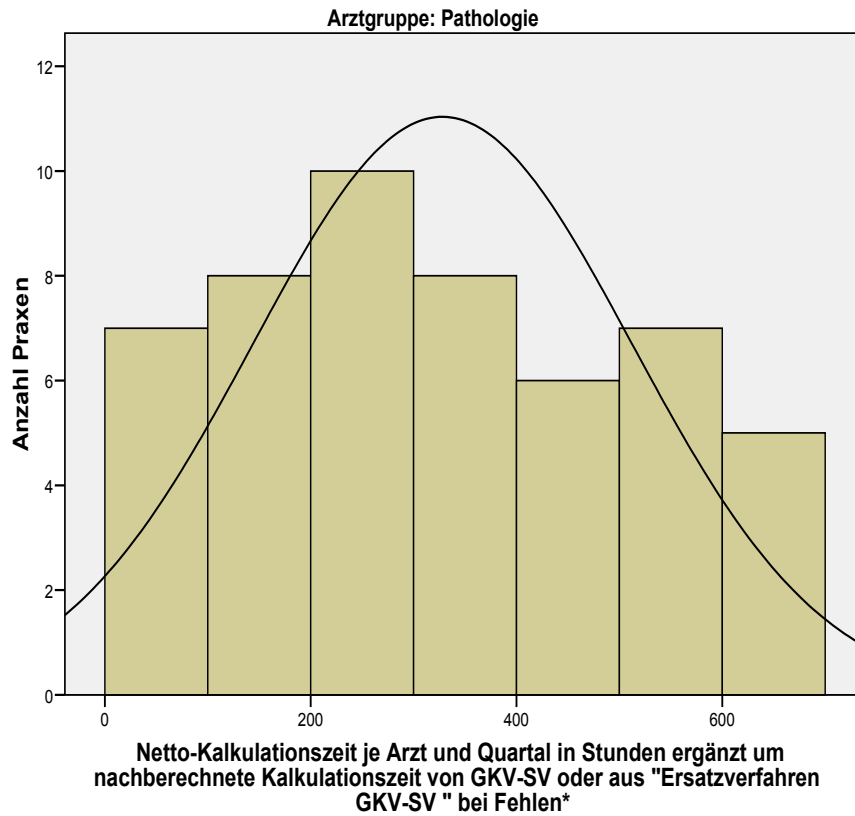


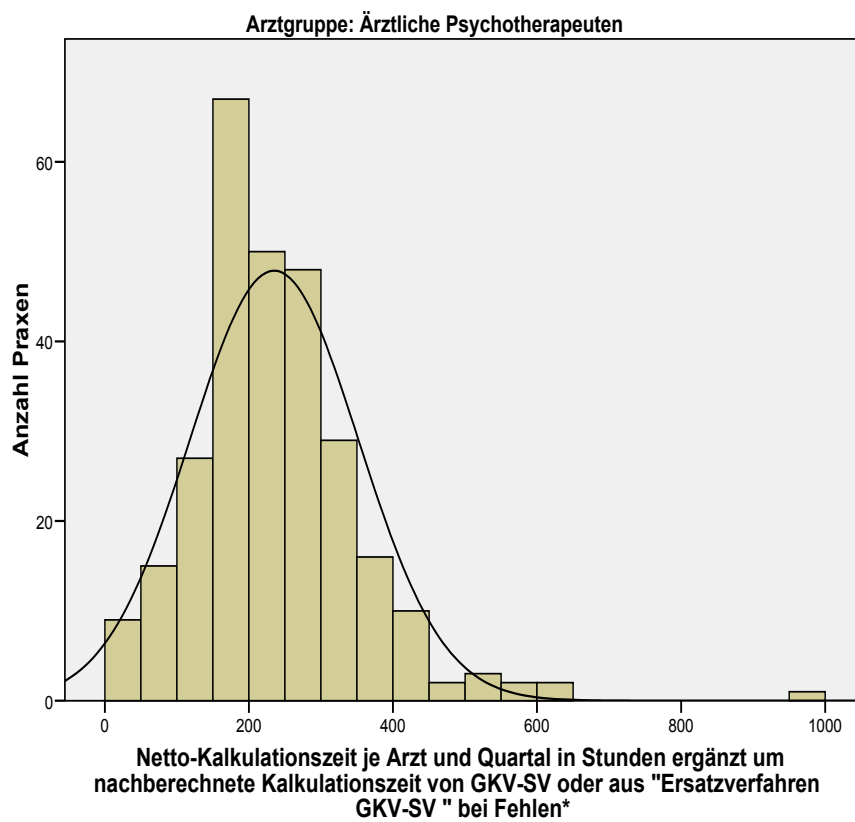
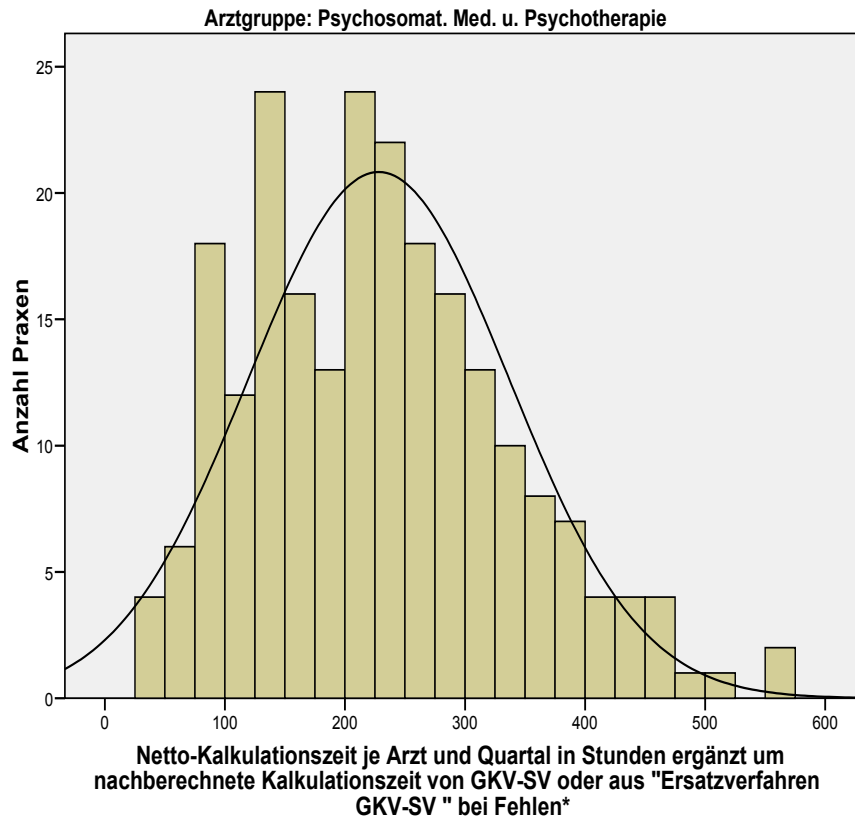


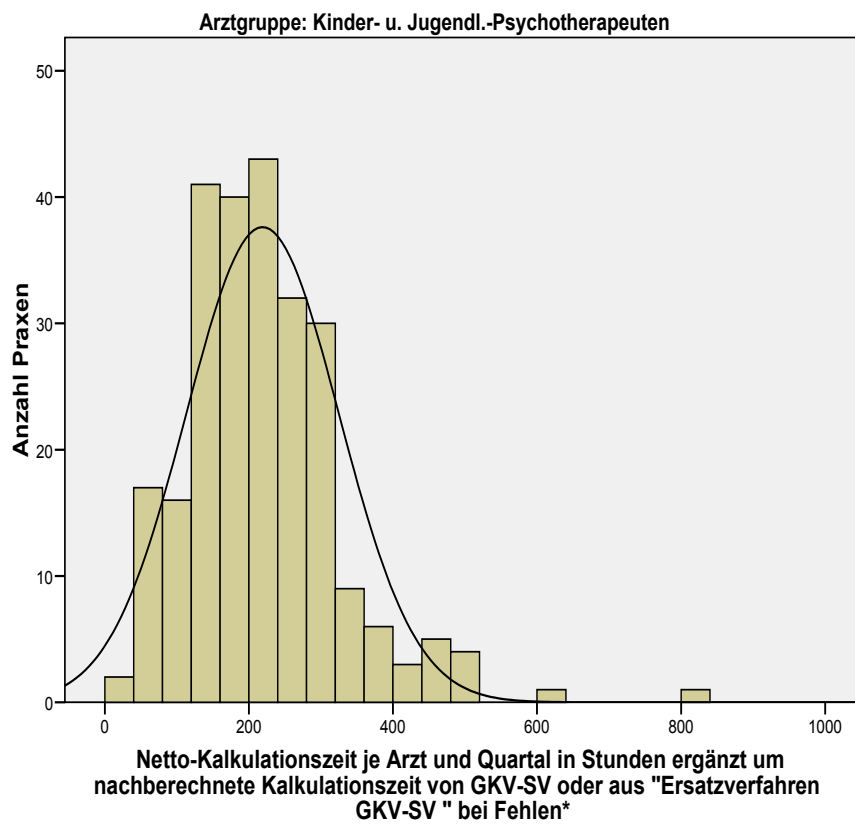
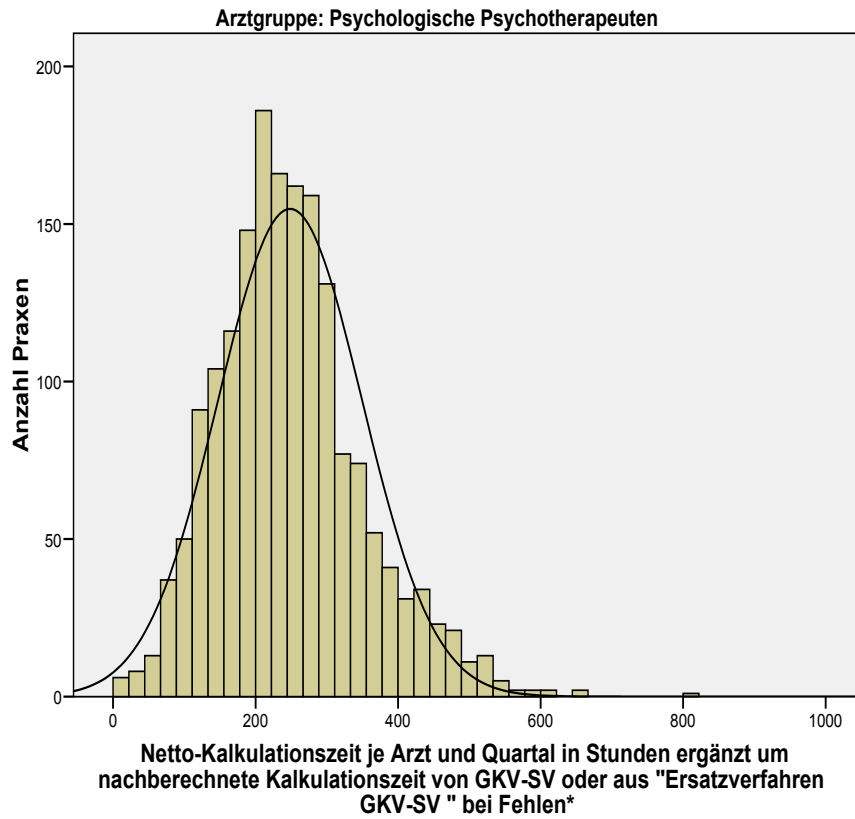












Fachgruppe = Allgemeinärzte

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008(a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 491	487	857
491 bis unter 679	776	851
679 bis unter 877	992	858
877 und mehr	1309	852
gesamt	875	3418
<p>*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus "Ersatzverfahren GKV-SV " ergänzt bei Fehlen Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, GKV-SV, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008</p>		
a Fachgruppe = Allgemeinärzte		

Fachgruppe = Anästhesisten

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008(a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 189	107	62
189 bis unter 274	179	63
274 bis unter 398	239	63
398 und mehr	380	62
gesamt	236	250
<p>*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus "Ersatzverfahren GKV-SV " ergänzt bei Fehlen Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, GKV-SV, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008</p>		
a Fachgruppe = Anästhesisten		

Fachgruppe = Augenärzte

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008(a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 478	906	134
478 bis unter 573	1209	134
573 bis unter 704	1473	136
704 und mehr	1933	134
gesamt	1354	538

*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus "Ersatzverfahren GKV-SV " ergänzt bei Fehlen
Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, GKV-SV, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

a Fachgruppe = Augenärzte

Fachgruppe = Chirurgen

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008(a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 467	476	84
467 bis unter 601	740	85
601 bis unter 748	928	85
748 und mehr	1243	84
gesamt	828	338

*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus "Ersatzverfahren GKV-SV " ergänzt bei Fehlen
Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, GKV-SV, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

a Fachgruppe = Chirurgen

Fachgruppe = Frauenärzte

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008(a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 478	796	288
478 bis unter 596	1036	291
596 bis unter 732	1389	288
732 und mehr	1462	290
gesamt	1164	1157

*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus "Ersatzverfahren GKV-SV " ergänzt bei Fehlen
Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, GKV-SV, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

a Fachgruppe = Frauenärzte

Fachgruppe = HNO-Ärzte

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008(a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 472	685	116
472 bis unter 576	1000	117
576 bis unter 680	1147	116
680 und mehr	1499	116
gesamt	1078	465

*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus "Ersatzverfahren GKV-SV " ergänzt bei Fehlen
Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, GKV-SV, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

a Fachgruppe = HNO-Ärzte

Fachgruppe = Hautärzte

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008(a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 436	1024	90
436 bis unter 546	1410	89
546 bis unter 702	1642	91
702 und mehr	2205	90
gesamt	1550	360

*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus "Ersatzverfahren GKV-SV " ergänzt bei Fehlen
Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, GKV-SV, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

a Fachgruppe = Hautärzte

Fachgruppe = Internisten <Hausärzte>

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008(a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 561	558	259
561 bis unter 723	825	259
723 bis unter 924	1012	260
924 und mehr	1272	259
gesamt	903	1037

*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus "Ersatzverfahren GKV-SV " ergänzt bei Fehlen
Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, GKV-SV, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

a Fachgruppe = Internisten <Hausärzte>

Fachgruppe = Kinderärzte <Hausärzte>

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008(a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 504	668	154
504 bis unter 643	961	155
643 bis unter 811	1176	155
811 und mehr	1560	154
gesamt	1071	618

*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus "Ersatzverfahren GKV-SV " ergänzt bei Fehlen
Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, GKV-SV, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

a Fachgruppe = Kinderärzte <Hausärzte>

Fachgruppe = Nervenärzte*

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008(a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 581	641	42
581 bis unter 769	877	43
769 bis unter 944	1098	43
944 und mehr	1229	42
gesamt	960	170

*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus "Ersatzverfahren GKV-SV " ergänzt bei Fehlen
Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, GKV-SV, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

a Fachgruppe = Nervenärzte*

Fachgruppe = Orthopäden

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008(a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 654	827	129
654 bis unter 794	1128	131
794 bis unter 954	1263	129
954 und mehr	1465	130
gesamt	1157	519
<p>*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus "Ersatzverfahren GKV-SV " ergänzt bei Fehlen Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, GKV-SV, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008</p>		
a Fachgruppe = Orthopäden		

Fachgruppe = Radiologen

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008(a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 362	724	18
362 bis unter 468	1199	19
468 bis unter 656	1500	19
656 und mehr	2484	18
gesamt	1441	74
<p>*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus "Ersatzverfahren GKV-SV " ergänzt bei Fehlen Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, GKV-SV, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008</p>		
a Fachgruppe = Radiologen		

Fachgruppe = Urologen

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008(a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 451	664	63
451 bis unter 559	916	63
559 bis unter 747	1108	64
747 und mehr	1689	63
gesamt	1060	253
*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus "Ersatzverfahren GKV-SV " ergänzt bei Fehlen Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, GKV-SV, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008		
a Fachgruppe = Urologen		

Fachgruppe = Innere Medizin, SP Gastroenterologie

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008(a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 412	488	23
412 bis unter 517	762	23
517 bis unter 656	850	23
656 und mehr	1184	23
gesamt	803	92
*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus "Ersatzverfahren GKV-SV " ergänzt bei Fehlen Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, GKV-SV, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008		
a Fachgruppe = Innere Medizin, SP Gastroenterologie		

Fachgruppe = Innere Medizin, SP Kardiologie

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008(a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 538	473	25
538 bis unter 682	642	26
682 bis unter 836	772	26
836 und mehr	1232	26
gesamt	735	103

*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus "Ersatzverfahren GKV-SV " ergänzt bei Fehlen
Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, GKV-SV, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

a Fachgruppe = Innere Medizin, SP Kardiologie

Fachgruppe = Innere Medizin, SP Nephrologie

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008(a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 261	314	13
261 bis unter 462	197	13
462 bis unter 694	299	13
694 und mehr	443	13
gesamt	300	52

*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus "Ersatzverfahren GKV-SV " ergänzt bei Fehlen
Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, GKV-SV, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

a Fachgruppe = Innere Medizin, SP Nephrologie

Fachgruppe = Innere Medizin, SP Pneumologie

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008(a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 586	799	27
586 bis unter 728	1067	27
728 bis unter 977	1213	27
977 und mehr	1607	27
gesamt	1149	108

*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus "Ersatzverfahren GKV-SV " ergänzt bei Fehlen
Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, GKV-SV, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

a Fachgruppe = Innere Medizin, SP Pneumologie

Fachgruppe = Kinder-/Jugendpsychiatrie/-psychotherapie

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008(a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 351	98	18
351 bis unter 469	226	17
469 bis unter 569	329	18
569 und mehr	451	18
gesamt	283	71

*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus "Ersatzverfahren GKV-SV " ergänzt bei Fehlen
Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, GKV-SV, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

a Fachgruppe = Kinder-/Jugendpsychiatrie/-psychotherapie

Fachgruppe = Pathologie

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008(a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 194	775	12
194 bis unter 308	2898	13
308 bis unter 484	5369	13
484 und mehr	6216	13
gesamt	3852	51
<p>*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus "Ersatzverfahren GKV-SV " ergänzt bei Fehlen Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, GKV-SV, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008</p>		
a Fachgruppe = Pathologie		

Fachgruppe = Psychiatrie

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008(a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 285	67	53
285 bis unter 476	287	54
476 bis unter 633	500	54
633 und mehr	772	53
gesamt	404	214
<p>*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus "Ersatzverfahren GKV-SV " ergänzt bei Fehlen Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, GKV-SV, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008</p>		
a Fachgruppe = Psychiatrie		

Fachgruppe = Psychosomat. Med. u. Psychotherapie

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008(a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 140	23	56
140 bis unter 218	36	57
218 bis unter 297	49	57
297 und mehr	82	57
gesamt	47	227

*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus "Ersatzverfahren GKV-SV " ergänzt bei Fehlen
Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, GKV-SV, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

a Fachgruppe = Psychosomat. Med. u. Psychotherapie

Fachgruppe = Ärztliche Psychotherapeuten

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008(a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 160	30	70
160 bis unter 220	49	72
220 bis unter 292	58	69
292 und mehr	83	70
gesamt	55	281

*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus "Ersatzverfahren GKV-SV " ergänzt bei Fehlen
Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, GKV-SV, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

a Fachgruppe = Ärztliche Psychotherapeuten

Fachgruppe = Psychologische Psychotherapeuten

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008(a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 181	28	440
181 bis unter 239	41	445
239 bis unter 301	52	443
301 und mehr	73	440
gesamt	48	1768

*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus "Ersatzverfahren GKV-SV " ergänzt bei Fehlen
Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, GKV-SV, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

a Fachgruppe = Psychologische Psychotherapeuten

Fachgruppe = Kinder- u. Jugendl.-Psychotherapeuten

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008(a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 153	18	63
153 bis unter 212	29	62
212 bis unter 273	38	63
273 und mehr	69	62
gesamt	39	250

*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um nachberechnete Kalkulationszeit von GKV-SV oder aus "Ersatzverfahren GKV-SV " ergänzt bei Fehlen
Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, GKV-SV, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

a Fachgruppe = Kinder- u. Jugendl.-Psychotherapeuten



ZENTRALINSTITUT FÜR DIE
KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG
IN DEUTSCHLAND

Herbert-Lewin-Platz 3 – 10623 Berlin – Tel.: 030 / 4005 2450 – Fax: 030 / 39 49 37 39

Wissenschaftliche Begleitung zur Einführung des EBM 2008

Arbeitstabellen

Erweiterte Komplettdatenanalyse der Kalkulationszeiten auf Basis des KBV-Vorschlags

ZI-Rohauswertung III/2008

Version 0.94

Stand: 20.12.2010

Bearbeiter:

Joachim Heuer

Inhalt

1	Hintergrund und Ziel	3
2	Material und Methoden.....	3
2.1	Methodenfestlegung KBV-Vorschlag	5
2.1.1	Kategorie A: kalkulierte GOPs.....	7
2.1.2	Kategorie B: GOPs mit nachgestellter Kalkulationszeit.....	7
2.1.3	Kategorie C: GOPs ohne Kalkulations-, mit Prüfzeit	10
2.1.4	Kategorie D: GOPs ohne konsentierete Arztzeit	10
2.1.5	Kategorie E: nicht tangierte GOPs	14
3	Ergebnisse	16

1 Hintergrund und Ziel

Im Rahmen der Begleitstudie zur Einführung des EBM 2008 soll eine Analyse der Kalkulationszeiten gemäß dem Anhang 3 des EBM gemacht werden, basierend auf Abrechnungsdaten des Quartals III/2008. Als Rohauswertung werden hier nach der dafür vorgesehenen Methode die Ergebnisse vorgelegt, die dem laut Studiendesign federführenden Wissenschaftlichen Institut der AOK als Grundlage für den vorzulegenden Bericht dienen sollen. Über die bisher für die Analyse zugrunde gelegten Daten von 13 Fachgruppen hinaus werden weitere 11 Fachgruppen einbezogen.

2 Material und Methoden

Die vorliegende Darstellung bezieht sich auf alle sowohl in III/2007 und III/2008 abrechnenden Praxen von 24 ausgewählten Fachgruppen in Brandenburg und Nordrhein.

Tabelle 1:
Praxen nach Arztzahl in der Datenbasis
in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008

Arztgruppe	Anzahl Ärzte in Praxis								Gesamt	
	1		2		3		4 und mehr		Anzahl	in %
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %		
Allgemeinärzte	2848	83,3	496	14,5	68	2,0	6	,2	3418	100,0
Anästhesisten	212	84,8	27	10,8	3	1,2	8	3,2	250	100,0
Augenärzte	433	80,5	85	15,8	11	2,0	9	1,7	538	100,0
Chirurgen	261	77,2	63	18,6	9	2,7	5	1,5	338	100,0
Frauenärzte	1008	87,1	132	11,4	12	1,0	5	,4	1157	100,0
HNO-Ärzte	401	86,2	56	12,0	5	1,1	3	,6	465	100,0
Hautärzte	301	83,6	56	15,6	2	,6	1	,3	360	100,0
Internisten <Hausärzte>	916	88,3	114	11,0	7	,7			1037	100,0
Kinderärzte <Hausärzte>	505	81,7	108	17,5	5	,8			618	100,0
Nervenärzte*	169	99,4	1	,6					170	100,0
Orthopäden	406	78,2	103	19,8	8	1,5	2	,4	519	100,0
Radiologen	35	47,3	24	32,4	12	16,2	3	4,1	74	100,0
Urologen	196	77,5	43	17,0	9	3,6	5	2,0	253	100,0
Innere Medizin, SP Gastroentero- logie	75	81,5	13	14,1	3	3,3	1	1,1	92	100,0
Innere Medizin, SP Kardiologie	65	63,1	23	22,3	9	8,7	6	5,8	103	100,0
Innere Medizin, SP Nephrologie	13	25,0	21	40,4	11	21,2	7	13,5	52	100,0
Innere Medizin, SP Pneumologie	88	81,5	16	14,8	3	2,8	1	,9	108	100,0
Kinder- /Jugendpsychiatri e/-psychotherapie	60	84,5	10	14,1	1	1,4			71	100,0
Pathologie	31	60,8	14	27,5	3	5,9	3	5,9	51	100,0
Psychiatrie	208	97,2	6	2,8					214	100,0
Psychosomat. Med. u. Psycho- therapie	227	100,0							227	100,0
Ärztliche Psycho- therapeuten	281	100,0							281	100,0
Psychologische Psychotherapeu- ten	1730	97,9	37	2,1	1	,1			1768	100,0
Kinder- u. Ju- gendl.- Psychotherapeu- ten	247	98,8	2	,8	1	,4			250	100,0
Gesamt	10716	86,3	1450	11,7	183	1,5	65	,5	12414	100,0

*ohne Neurol., Psych.

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Für diese Praxen werden auf Basis der abgerechneten EBM-Ziffern **anteilige Zeitsummen im Quartal je Arzt sowie je Fall** errechnet. Angestellte Ärzte gehen in die Berechnungen ein, da die Angaben in den vorliegenden Daten diese Personen nicht separat ausweisen.

Zugrunde gelegt werden bei dieser Berechnung

1. **die Kalkulationszeit aus „Anhang 3 zum EBM2008“ für III/2008,**
2. **die Prüfzeiten aus „Anhang 3 zum EBM2008“ für III/2008 für EBM-Ziffern ohne Kalkulationszeit,**
3. **die Zeiten KV-spezifischer EBM-Ziffern, die im numerischen Teil einer zeitkalkulierten bundeseinheitlichen Ziffer entsprechen.**

Als Referenzgröße für die „Norm-Arbeitszeit“ zum Zwecke des Vergleichs der errechneten Arbeitszeit aus allen zeitgetakteten EBM-Ziffern wird die Kalkulationszeit herangezogen, die im Bewertungsausschuss Grundlage für die EBM-Kalkulation war. Der Bewertungsausschuss hat als Brutto-Arbeitszeit 585 Stunden je Arzt und Quartal festgelegt. Von dieser Brutto-Arbeitszeit sind die Zeiten (Rüstzeiten, Verwaltung etc.) abzuziehen, die nicht für die unmittelbare Patientenbetreuung zur Verfügung stehen. Die Netto-Arbeitszeit wurde mit 511 Stunden je Arzt und Quartal durch den Bewertungsausschuss festgelegt.

Die nach Anhang 3 ermittelten Zeithaushalte wurden den 511 Stunden gegenübergestellt (Netto-Betrachtung) und unter Berücksichtigung eines Zuschlags im Verhältnis von 511 zu 585 Stunden (Brutto-Betrachtung). Die mittleren Kalkulationszeiten je Arzt und Fachgruppe werden sowohl als Brutto-Arbeitszeiten und als Netto-Arbeitszeiten ausgewiesen, alle übrigen Berechnungen stellen allein auf die Netto-Arbeitszeiten ab.

Beratungen zeigten, dass die gewählte Methode in Teilen zu ergänzen bzw. zu ändern ist. Die Auftraggeber KBV und GKV-Spitzenverband machen dazu getrennte Vorschläge, nach denen die Analyse in zwei getrennten Versionen gemacht wird. Im folgenden wird der KBV-Vorschlag dargestellt.

2.1 Methodenfestlegung KBV-Vorschlag

Für die Komplettdatenanalyse der Kalkulationszeiten werden fünf Gruppen von GOPs gebildet.

Mit dem Verweis auf „2005“ ist die für den EBM2000plus angestellte Begleitstudie gemeint, aus der die Methodik teilweise übernommen wird.

**Tabelle 2: Methodenfestlegung
zur Komplettdatenanalyse der Kalkulationszeiten
KBV-Vorschlag**

Kategorie	A	B	C	D	E
Bezeichnung	Kalkulierte GOP's	GOP's mit nachgestellter Kalkulationszeit	GOP's ohne Kalkulationszeit mit Prüfzeit	GOP's ohne konsentrierte Arztzeit	Nicht tangierte GOP's
GOP in Anhang 3	+	+	+	+	-
Kalkulationszeit	+	-	-	-	-
Prüfzeit	+	+	+	-	-
Sonstiges Kriterium		Für ausgewählte GOP: 03110-03112, 03120-03122, 03212, 04110-04112, 04120-04122, 04120F-04121F, 04212, 16210-16212, 21210-21212, 33044			
Verfahren zur Ermittlung von Kalkulationszeiten gemäß KBV-Vorschlag	Verwendung der Kalkulationszeit	Verwendung der "nachgestellten Kalkulationszeit"	Verwendung der Prüfzeit	Ersatzverfahren (Verfahren analog zu 2005)	Unberücksichtigt
Änderung zu 2005	Einbeziehung der GOP's mit Kalkulationszeit = Null	Neues Verfahren im Wesentlichen aufgrund Pauschalierung seit 2008	Keine	Herausnahme von Laborleistungen (GOP 01734-01734M, 01783, 01800-01811, 01816, 01817, 01828, 01829, 01840, 01842, 01915, 01917) Herausnahme von GOP's mit Kalkulationszeit = Null (z. B. Wärmertherapie)	Einbeziehung von Laborleistungen (GOP 01734-01734M, 01783, 01800-01811, 01816, 01817, 01828, 01829, 01840, 01842, 01915, 01917)

2.1.1 Kategorie A: kalkulierte GOPs

Unter diese zählen auch GOPs mit Kalkulationszeit von 0 ohne Prüfzeit, die mit dem Wert 0 in die Berechnung eingehen, dies sind folgende GOPs (Tabelle 2).

Tabelle 3: GOPs mit Kalkulationszeit von 0

02500 Einzelinhalationstherapie mit Vernebler
02510 Wärmetherapie
02510A Wärmetherapie keine Zuzahlung
02511 Elektrotherapie
02511A
02512 Gezielte Elektrostimulation
17360 Zuschlag Extravasalphasenuntersuchung bei Mehrphasenszintigraphie
17361 Zuschlag sequentielle Aufnahmetechnik
33075 Zuschlag Farbduplex
36867 Strukturpauschale bei einer Verweildauer von mehr als 13 Tagen

2.1.2 Kategorie B: GOPs mit nachgestellter Kalkulationszeit

Bestimmte GOPs mit Prüfzeit, jedoch ohne Kalkulationszeit werden mit einer Kalkulations- bzw. Ersatzzeit gemäß folgender Übersicht (Tabelle 4) berücksichtigt.

Tabelle 4: Ersatzzeiten für GOPs mit Prüfzeit, jedoch ohne Kalkulationszeit
gemäß KBV-Vorgabe

GOP	Prüfzeit lt. Anhang 3 in Minuten	Ersatzzeit in Minuten	Verfahren der Ermittlung der Ersatzzeit
03110	22	25	Ermittlung der durchschnittlichen VP durch Heranziehung der Kalkulationszeiten der Einzelleistungen aus 2007
03111	20	23	Ermittlung der durchschnittlichen VP durch Heranziehung der Kalkulationszeiten der Einzelleistungen aus 2007
03112	23	26	Ermittlung der durchschnittlichen VP durch Heranziehung der Kalkulationszeiten der Einzelleistungen aus 2007
03120	11	13	Ermittlung der durchschnittlichen VP durch Heranziehung der Kalkulationszeiten der Einzelleistungen aus 2007
03121	10	11	Ermittlung der durchschnittlichen VP durch Heranziehung der Kalkulationszeiten der Einzelleistungen aus 2007
03122	12	14	Ermittlung der durchschnittlichen VP durch Heranziehung der Kalkulationszeiten der Einzelleistungen aus 2007
03212	20	23	Ermittlung der Kalkulationszeit der eingeflossenen GOP 03001, 03002, 03210, 03211
04110	22	25	Ermittlung der durchschnittlichen VP durch Heranziehung der Kalkulationszeiten der Einzelleistungen aus 2007
04111	20	23	Ermittlung der durchschnittlichen VP durch Heranziehung der Kalkulationszeiten der Einzelleistungen aus 2007
04112	23	26	Ermittlung der durchschnittlichen VP durch Heranziehung der Kalkulationszeiten der Einzelleistungen aus 2007
04120	11	13	Ermittlung der durchschnittlichen VP durch Heranziehung der Kalkulationszeiten der Einzelleistungen aus 2007
04120F	15	18	Faktor 1,4 der Grundleistung
04121	10	11	Ermittlung der durchschnittlichen VP durch Heranziehung der Kalkulationszeiten der Einzelleistungen aus 2007
04121F	14	16	Faktor 1,4 der Grundleistung
04122	12	14	Ermittlung der durchschnittlichen VP durch Heranziehung der Kalkulationszeiten der Einzelleistungen aus 2007
04212	20	23	Ermittlung der Kalkulationszeit der eingeflossenen GOP 03001, 03002, 03210, 03211
16210	24	35	Fiktive Bewertung über STABS
16211	26	35	Fiktive Bewertung über STABS
16212	26	35	Fiktive Bewertung über STABS
21210	12	23	Fiktive Bewertung über STABS

GOP	Prüfzeit lt. Anhang 3 in Minuten	Ersatzzeit in Minuten	Verfahren der Ermittlung der Ersatzzeit
21211	14	22	Fiktive Bewertung über STABS
21212	15	22	Fiktive Bewertung über STABS
33044	7	8	Fiktive Bewertung über STABS

2.1.3 Kategorie C: GOPs ohne Kalkulations-, mit Prüfzeit

Die übrigen GOPs mit Prüfzeit, jedoch ohne Kalkulationszeit gehen in die Analyse mit ihrer Prüfzeit ein.

2.1.4 Kategorie D: GOPs ohne konsentierete Arztzeit

Weiterhin werden GOPs Zeiten zugewiesen, die weder Kalkulations- noch Prüfzeit im EBM aufweisen, die jedoch dem Leistungsinhalt nach Arztzeiten (AL-Zeiten) beinhalten (Tabelle 4).

Hierzu wird ein "Ersatzverfahren" angewendet, das für diese GOPs in der EBM2000plus-Evaluation angewendet wurde.

In der EBM2000plus-Evaluation wurden diese GOPs von GOPs mit Arztzeit wie folgt unterschieden.

(1) Zeiten aus GOPs mit Arztzeit wurden bezeichnet als "**Zeitsummen im engeren Sinne**" (*Einbeziehung von EBM-Ziffern mit Arztzeittaktung i.e.S. je Quartal in Std., d.h. nur Ziffern mit Kalkulationszeit, ergänzt um Ziffern mit Prüfzeit, ergänzt um die Ziffern 80110-80112, ergänzt um KV-spezifische Ziffern mit bundeseinheitlichem numerischen Teil*).

(2) Zeiten aus GOPs ohne konsentierete Arztzeit wurden definiert als "**Zeitsummen im weiteren Sinne**" (*Zeitsummen im engeren Sinne ergänzt um EBM-Ziffern, welche die Arbeitszeit des Arztes betreffen, für die aber eine Kalkulations- oder Prüfzeit aus unterschiedlichen Gründen nicht vorgegeben ist*).

Die Berechnung des Zeitwertes für diese Ziffern erfolgte unter der Annahme, dass sich hier das Verhältnis von Leistungsbedarf zu Arztzeiten bei jeder Arztgruppe so darstellt, wie bei denjenigen EBM-Ziffern, für die Zeiten vorliegen.“ Es handelt sich dabei also um eine reine Zuschlagsrechnung zu Zeitsummen unabhängig von den einzelnen GOPs.

In der Datenbasis der EBM-Begleitstudie zum EBM2008 sind das die in Tab. 5 aufgeführten GOPs, welche weder „GOPs mit Kalkulations- und Prüfzeit“ noch „nicht tangierte GOPs“ (s.o.) darstellen.

Tabelle 5: GOPs ohne Kalkulations- und Prüfzeit im EBM2008
außer nicht tangierten GOPs sowie GOPs mit Kalkulationszeit=0 und keiner Prüfzeit*

01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I
01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme II
01102 Inanspruchnahme an Samstagen
01210 Notfallpauschale
01211 Zusatzpauschale Besuchsbereitschaft
01214 Notfallkonsultationspauschale I
01215 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01214
01216 Notfallkonsultationspauschale II
01217 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01216
01218 Notfallkonsultationspauschale III
01219 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01218
01220 Reanimationskomplex
01221 Zuschlag Beatmung
01222 Zuschlag Defibrillation
01411 Dringender Besuch I
01411°
01411B
01411N
01411O
01412 Dringender Besuch II
01412A
01412B
01412H Dringender Besuch 50% der Punktzahl
01412N
01412O
01414 Visite auf der Belegstation, je Patient
01414D
01414N
01415 Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen
01415N
01422 Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege
01424 Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege
01430 Verwaltungskomplex
01435 Telefonische Beratung im Zusammenhang mit einer Erkrankung
01436 Konsultationspauschale
01602 Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt
01610 Bescheinigung zur Belastungsgrenze
01620 Bescheinigung oder Zeugnis
01621 Krankheitsbericht
01622 Kurplan, Gutachten, Stellungnahme

01623 Kurvorschlag
01820 Rezepte, Überweisungen, Befundübermittlung
01951 Zuschlag Wochenende, Feiertage
02501 Einzelinhalationstherapie mit speziellem Verneblersystem
03130 Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme bei persönlichem A-P-K
03235 Qualifikation Psychosomatik
03242 Testverfahren bei Demenzverdacht
04130 Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme bei persönlichem A-P-K
04235 Qualifikation Psychosomatik
05230 Aufwandserstattung für das Aufsuchen eines Kranken
05230E
05230N
08510X
08540X Gewinnung und Untersuchung(en) des Spermas Durchführung einer Künstlichen Befruchtung
08542X
12225 Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 12220 aufgeführten Arztgruppen bei Probeneinsendung
17312 Zuschlag Ganzkörperzusatz
17362 Zuschlag SPECT, Einkopf
17363 Zuschlag SPECT, Zwei- oder Mehrkopf
21330 Konvulsionsbehandlung
25310 Weichstrahl- oder Orthovolttherapie
34470 MRT-Angiographie der Hirngefäße
34475 MRT-Angiographie der Halsgefäße
34480 MRT-Angiographie der thorakalen Aorta und ihrer Abgänge und/oder ihrer Äste
34485 MRT-Angiographie der abdominalen Aorta und ihrer Äste 1. Ordnung
34489 MRT-Angiographie der Becken- und Beinarterien (ohne Fußgefäße)
34490 MRT-Angiographie der Armarterien und armversorgenden Arterien
34492 Weitere Sequenzen nach Kontrastmitteleinbringung
36861 Strukturpauschale bei einer Verweildauer bis zu 13 Tagen

*codierte Zusatznummern (EDV-Abrechnungsnummern bundeseinheitlich größer 40855) und KV-spezifische GOP (größer 40855), Laborleistungen und Kostenpauschalen, sonstige nicht tangierte GOP

Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Die Berechnung ist in folgender Tabelle dargestellt. Das Verhältnis aus Nettokalkulationszeit (Spalte 1) und Leistungsbedarf kalkulierter GOPs (Spalte 2) ergibt die mittlere Kalkulationszeit in Minuten je Punkt und Fachgruppe. Diese wird multipliziert mit dem Leistungsbedarf von GOPs ohne konsentierete Arztzeit je Fachgruppe, damit ergibt sich die Summe Kalkulationszeit dieser GOPs je Fachgruppe.

Die Zusammensetzung des Leistungsbedarfs von GOPs ohne konsentierete Arztzeit ist je Fachgruppe am Schluss dieser Darstellung zu finden.

Tabelle 6: Benötigte Angaben zur Anwendung des Ersatzverfahrens zur Zeitsummenkalkulation bei GOPs ohne Kalkulations- und Prüfzeit im EBM2008

Arztgruppe	Summe Netto-Kalkulationszeit GOPs** in Minuten je Quartal	Leistungsbedarf in Punkten (Rechn.einh.) kalkulierter GOPs**	mittl. Kalkulationszeit in Minuten, je Punkt, Fachgruppe und Quartal für GOP mit Kalkulationszeit	Leistungsbedarf in Punkten (Rechn.einh.) von GOPs ohne konsentierete Arztzeit (Ersatzverfahren)
	(1)	(2)	(3)	(4)
Allgemeinärzte	134.437.296	4.485.202.450	0,030	253.895.833
Anästhesisten	5.762.324	251.035.355	0,023	10.540.637
Augenärzte	22.842.233	792.581.419	0,029	9.324.557
Chirurgen	15.416.096	624.303.655	0,025	10.651.529
Frauenärzte	46.776.376	1.556.624.234	0,030	22.958.541
HNO-Ärzte	18.379.885	635.623.653	0,029	12.671.301
Hautärzte	14.207.266	506.362.103	0,028	6.993.393
Internisten <Hausärzte>	40.393.566	1.340.087.423	0,030	52.650.957
Kinderärzte <Hausärzte>	23.627.956	853.267.555	0,028	49.602.257
Nervenärzte*	7.715.402	223.278.253	0,035	3.370.773
Orthopäden	30.226.940	1.041.531.544	0,029	14.860.772
Radiologen	3.976.258	365.822.175	0,011	8.607.855
Urologen	11.246.542	363.471.232	0,031	8.369.516
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	3.418.255	216.960.730	0,016	1.981.944
Innere Medizin, SP Kardiologie	6.045.785	281.567.385	0,021	3.549.638
Innere Medizin, SP Nephrologie	2.730.706	104.101.035	0,026	1.471.254
Innere Medizin, SP Pneumologie	5.813.790	271.974.883	0,021	2.436.785
Kinder-/Jugendpsychiatrie/ psychotherapie	2.293.247	75.631.780	0,030	492.715
Pathologie	1.530.006	139.899.670	0,011	508.475
Psychiatrie	6.212.899	179.892.688	0,035	3.789.252
Psychosomat. Med. u. Psychotherapie	3.075.404	88.463.895	0,035	1.378.570
Ärztliche Psychotherapeuten	3.912.478	112.209.570	0,035	2.514.501
Psychologische Psychotherapeuten	26.713.904	769.965.350	0,035	400.898
Kinder- u. Jugendl.-Psychotherapeuten	3.358.393	99.587.425	0,034	110.137
Gesamt	440.113.006	15.379.445.458	0,029	483.132.091

*ohne Neurol., Psych. **GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, ausgeschlossen GOP ohne Leistungsbedarf, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein III/2008, eig. Berechn.

2.1.5 Kategorie E: nicht tangierte GOPs

GOPs, die nicht im Anhang 3 des EBM 2008 aufgeführt sind, bleiben in der Berechnung unberücksichtigt.

Dazu zählen:

- Laborleistungen
- Kostenpauschalen
- KV-spezifische GOP und codierte Zusatznummern bzw. bundeseinheitliche EDV-Abrechnungsnummern (größer 40855)

Unter den Laborleistungen werden im wesentlichen GOPs des Abschnitts 32 im EBM verstanden, außerdem einzelne GOPs aus anderen Abschnitten.

Tabelle 7: Laborleistungen außerhalb Abschnitt 32 im EBM2008

01734 Untersuchung auf Blut im Stuhl
01734A
01734B
01734M Untersuchungen auf Blut im Stuhl, die bei Männern erbracht werden
01783 AFP-Bestimmung
01800 TPHA-Antikörper-Test
01801 Röteln-HAH-Test
01802 Röteln-HIG-Test
01803 Röteln-IgM-Immunoassay
01804 Blutgruppen- und Rhesusfaktor Bestimmung
01805 Untersuchung auf Dweak
01806 Bestimmung der Rhesusformel
01807 Antikörper-Suchtest
01808 Antikörper-Differenzierung
01809 Quantitativer Antikörpernachweis
01810 HBs-Antigen-Test
01811 HIV-Immunoassay
01816
01817
01828 Blutentnahme für Röteln-Test
01829 Röteln-HAH-Test
01840
01842
01915
01917

3 Ergebnisse

Die Gruppe der kalkulierten GOPs ist diejenige mit dem größten Anteil am Leistungsbedarf, gefolgt von den GOPs mit nachgestellter Kalkulationszeit (Tabelle 8).

GOPs ohne konsentierete Arztzeit machen 2,7 % des Leistungsbedarfs der in die Analyse einbezogenen Fachgebiete aus. Nicht enthalten sind die 10 GOP's, die keine Prüfzeit aber eine Kalkulationszeit von Null aufweisen und zu den kalkulierten GOPs gezählt werden.

Die mittleren Zeitsummen auf Fachgruppenebene sind nach Anwendung des Ersatzverfahrens dargestellt.

Im Anschluss daran ist die Verteilung der Praxen bezogen auf deren mittlere Zeitsumme dargestellt, und zwar vor Anwendung des Ersatzverfahrens, da dies lediglich auf Fachgruppen und nicht auf einzelne GOPs bezogen anwendbar ist (Tab. 12ff).

Tabelle 8:
**Verteilung des Leistungsbedarfs* (in %) ausgewählter Fachgruppen
nach Vorhandensein von Prüf- und Kalkulationszeiten
gemäß Vorgabe der KBV für Gebührennummern**

in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008

Arztgruppe	A	B	C	D	E	Gesamt
	kalkulier- te GOPs in %	GOPs mit nachgestell- ter Kalkulati- onszeit in %	GOPs ohne Kalkulations- zeit mit Prüf- zeit in %	GOPs ohne konsentier- te Arztzeit in %	Nicht tangierte GOPs in %	
Allgemeinärzte	8,2	71,5	3,4	4,7	12,2	100,0
Anästhesisten	86,9	.	3,4	3,8	6,0	100,0
Augenärzte	79,9	.	,2	,9	19,0	100,0
Chirurgen	91,8	,0	3,9	1,6	2,6	100,0
Frauenärzte	80,1	7,1	5,0	1,4	6,4	100,0
HNO-Ärzte	92,1	.	4,8	1,9	1,2	100,0
Hautärzte	90,9	,1	1,1	1,3	6,6	100,0
Internisten <Hausärzte>	8,3	70,0	2,4	3,2	16,2	100,0
Kinderärzte <Hausärzte>	14,8	70,9	,7	5,0	8,6	100,0
Nervenärzte**	60,3	35,0	2,2	1,5	1,1	100,0
Orthopäden	89,6	.	7,4	1,4	1,6	100,0
Radiologen	95,2	.	,2	2,2	2,4	100,0
Urologen	75,3	.	3,3	1,8	19,5	100,0
Innere Medizin, SP Gastroente- rologie	53,4	,0	41,1	,9	4,6	100,0
Innere Medizin, SP Kardiologie	34,2	.	60,2	1,2	4,5	100,0
Innere Medizin, SP Nephrologie	5,9	.	10,6	,2	83,3	100,0
Innere Medizin, SP Pneumologie	80,6	.	,1	,7	18,6	100,0
Kinder- /Jugendpsychiatrie/ psychotherapie	60,9	.	,9	,4	37,7	100,0
Pathologie	13,4	.	75,8	,3	10,4	100,0
Psychiatrie	71,0	24,3	2,1	2,1	,6	100,0
Psychosomat. Med. u. Psycho- therapie	98,3	,0	,0	1,5	,2	100,0
Ärztliche Psy- chotherapeuten	97,5	.	,0	2,2	,2	100,0
Psychologische Psychotherapeu- ten	99,7	.	,2	,1	,1	100,0
Kinder- u. Ju- gendl.- Psychotherapeu- ten	92,4	,6	6,8	,1	,1	100,0
Gesamt	46,8	33,1	5,3	2,7	12,1	100,0

*sachlich-rechnerisch richtig **ohne Neurologen/Psychiater

Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, KBV, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Tabelle 9:
Errechnete Zeitsummen für ausgewählte Fachgruppen**
nach Anwendung des Ersatzverfahrens
in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008

Arztgruppe	mittlere Summe Brutto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	mittlere Summe Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	mittlere Summe Netto-Kalkulationszeit je Fall und Quartal in Minuten
Allgemeinärzte	666	581	40
Anästhesisten	361	316	80
Augenärzte	648	566	25
Chirurgen	688	601	44
Frauenärzte	681	595	31
HNO-Ärzte	660	576	32
Hautärzte	650	568	22
Internisten <Hausärzte>	688	601	40
Kinderärzte <Hausärzte>	648	566	32
Nervenärzte*	874	763	48
Orthopäden	906	791	41
Radiologen	575	502	21
Urologen	665	581	33
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	577	504	38
Innere Medizin, SP Kardiologie	708	618	50
Innere Medizin, SP Nephrologie	440	385	77
Innere Medizin, SP Pneumologie	842	735	38
Kinder- /Jugendpsychiatrie/-psychotherapie	531	463	98
Pathologie	357	312	5
Psychiatrie	550	481	71
Psychosomat. Med. u. Psychotherapie	263	229	290
Ärztliche Psychotherapeuten	272	237	261
Psychologische Psychotherapeuten	282	247	307
Kinder- u. Jugendl.- Psychotherapeuten	253	221	343
Alle ausgewählten Fachgruppen	599	523	38

*ohne Neurol., Psych. **GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, ausgeschlossen GOP ohne Leistungsbedarf, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen

Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, KBV, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Tabelle 10:
Errechnete Zeitsummen je Arzt und Kategorie**
für ausgewählte Fachgruppen
nach Anwendung des Ersatzverfahrens
in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008

Arztgruppe	A kalkulierte GOPs	B GOPs mit nachge- stellter Kalkulati- onszeit	C GOPs ohne Kalkulati- onszeit mit Prüf- zeit	D GOPs ohne kon- sentierte Arztzeit	E nicht tangierte GOPs	Gesamt
Allgemeinärzte	57	470	23	31	0	581
Anästhesisten	298	.	5	13	0	316
Augenärzte	559	.	1	7	0	566
Chirurgen	579	0	12	10	0	601
Frauenärzte	545	30	12	9	0	595
HNO-Ärzte	555	.	10	11	0	576
Hautärzte	554	0	6	8	0	568
Internisten <Hausärzte>	59	502	17	23	0	601
Kinderärzte <Hausärzte>	111	421	3	31	0	566
Nervenärzte*	433	307	12	11	0	763
Orthopäden	756	.	24	11	0	791
Radiologen	491	.	0	12	0	502
Urologen	551	.	17	13	0	581
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	403	0	97	5	0	504
Innere Medizin, SP Kar- diologie	313	.	298	8	0	618
Innere Medizin, SP Nephrologie	156	.	224	5	0	385
Innere Medizin, SP Pneumologie	727	.	1	7	0	735
Kinder- /Jugendpsychiatrie/- psychotherapie	447	.	13	3	0	463
Pathologie	25	.	286	1	0	312
Psychiatrie	329	134	7	10	0	481
Psychosomat. Med. u. Psychotherapie	226	0	0	4	0	229
Ärztliche Psychothera- peuten	232	.	0	5	0	237
Psychologische Psycho- therapeuten	246	.	0	0	0	247
Kinder- u. Jugendl.- Psychotherapeuten	208	2	11	0	0	221
Alle ausgewählten Fachgruppen	285	203	20	16	0	523

*ohne Neurol., Psych. **mittl. Nettokalkulationszeit in Stunden, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, ausgeschlossen GOP ohne Leistungsbedarf, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen

Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, KBV, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Tabelle 11:
Errechnete Zeitsummen je Fall und Kategorie**
für ausgewählte Fachgruppen
nach Anwendung des Ersatzverfahrens
in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008

Arztgruppe	A kalkulierte GOPs	B GOPs mit nachge- stellter Kalkulati- onszeit	C GOPs ohne Kalkulati- onszeit mit Prüf- zeit	D GOPs ohne kon- sentierte Arztzeit	E nicht tangierte GOPs	Gesamt
Allgemeinärzte	4	32	2	2	0	40
Anästhesisten	76	.	1	3	0	80
Augenärzte	25	.	0	0	0	25
Chirurgen	42	0	1	1	0	44
Frauenärzte	28	2	1	0	0	31
HNO-Ärzte	31	.	1	1	0	32
Hautärzte	21	0	0	0	0	22
Internisten <Hausärzte>	4	33	1	2	0	40
Kinderärzte <Hausärzte>	6	24	0	2	0	32
Nervenärzte*	27	19	1	1	0	48
Orthopäden	39	.	1	1	0	41
Radiologen	20	.	0	0	0	21
Urologen	31	.	1	1	0	33
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	30	0	7	0	0	38
Innere Medizin, SP Kar- diologie	26	.	24	1	0	50
Innere Medizin, SP Nephrologie	31	.	45	1	0	77
Innere Medizin, SP Pneumologie	38	.	0	0	0	38
Kinder- /Jugendpsychiatrie/- psychotherapie	95	.	3	1	0	98
Pathologie	0	.	4	0	0	5
Psychiatrie	49	20	1	1	0	71
Psychosomat. Med. u. Psychotherapie	286	0	0	4	0	290
Ärztliche Psychothera- peuten	255	.	0	6	0	261
Psychologische Psycho- therapeuten	306	.	0	0	0	307
Kinder- u. Jugendl.- Psychotherapeuten	323	3	17	0	0	343
Alle ausgewählten Fachgruppen	21	15	1	1	0	38

*ohne Neurol., Psych. **mittl. Nettokalkulationszeit in Minuten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, ausgeschlossen GOP ohne Leistungsbedarf, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen

Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, KBV, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Die folgenden Berechnungen enthalten Ergebnisse vor Anwendung des Ersatzverfahrens, da sie sich auf Praxen und nicht wie die vorangehenden Ergebnisse auf Mittelwerte je Fachgruppe beziehen, die nach Anwendung des Ersatzverfahrens zustande kommen. Die Vorgabe der KBV legt die Methode aus der EBM-2000plus-Begleitstudie zum Ersatzverfahren zugrunde, die besagt, dass sich hier das Verhältnis von Leistungsbedarf zu Arztzeiten bei jeder Arztgruppe so darstellt, wie bei denjenigen EBM-Ziffern, für die Zeiten vorliegen. Es handelt sich dabei also um eine reine Zuschlagsrechnung zu Zeitsummen unabhängig von den einzelnen GOPs. Damit kann auch die Streuung der Praxen nach Zeitsummen nur vor Ersatzverfahren dargestellt werden.

Tabelle 12:

Praxen mit einer errechneten Zeitsumme kleiner oder gleich bzw. mehr als 511 Netto-Stunden je Arzt für ausgewählte Fachgruppen vor Anwendung des Ersatzverfahrens**

in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008

Arztgruppe	Nettoarbeitszeit* des Arztes				Gesamt	
	kleiner oder gleich 511 Stunden		größer 511 Stunden		Praxen	in %
	Praxen	in %	Praxen	in %	Praxen	in %
Allgemeinärzte	1491	43,6	1927	56,4	3418	100,0
Anästhesisten	222	88,8	28	11,2	250	100,0
Augenärzte	219	40,7	319	59,3	538	100,0
Chirurgen	125	37,0	213	63,0	338	100,0
Frauenärzte	408	35,3	749	64,7	1157	100,0
HNO-Ärzte	174	37,4	291	62,6	465	100,0
Hautärzte	153	42,5	207	57,5	360	100,0
Internisten <Hausärzte>	382	36,8	655	63,2	1037	100,0
Kinderärzte <Hausärzte>	288	46,6	330	53,4	618	100,0
Nervenärzte*	25	14,7	145	85,3	170	100,0
Orthopäden	60	11,6	459	88,4	519	100,0
Radiologen	49	66,2	25	33,8	74	100,0
Urologen	120	47,4	133	52,6	253	100,0
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	53	57,6	39	42,4	92	100,0
Innere Medizin, SP Kardiologie	32	31,1	71	68,9	103	100,0
Innere Medizin, SP Nephrologie	45	86,5	7	13,5	52	100,0
Innere Medizin, SP Pneumologie	18	16,7	90	83,3	108	100,0
Kinder- /Jugendpsychiatrie/ psychotherapie	42	59,2	29	40,8	71	100,0
Pathologie	43	84,3	8	15,7	51	100,0
Psychiatrie	126	58,9	88	41,1	214	100,0
Psychosomat. Med. u. Psychotherapie	225	99,1	2	,9	227	100,0
Ärztliche Psychotherapeuten	274	97,5	7	2,5	281	100,0
Psychologische Psychotherapeuten	1741	98,5	27	1,5	1768	100,0
Kinder- u. Jugendl.- Psychotherapeuten	247	98,8	3	1,2	250	100,0
Gesamt	6562	52,9	5852	47,1	12414	100,0

*ohne Neurol., Psych. **GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, ausgeschlossen GOP ohne Leistungsbedarf, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen

Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, KBV, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Tabelle 13:
Fallzahlen je Arzt
für Praxen mit einer errechneten Zeitsumme**
kleiner oder gleich bzw. mehr als 511 Netto-Stunden je Arzt
für ausgewählte Fachgruppen
vor Anwendung des Ersatzverfahrens
in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008

Arztgruppe	Nettoarbeitszeit* des Arztes		
	kleiner oder gleich 511 Stunden	größer 511 Stunden	Gesamt
	Fälle je Arzt	Fälle je Arzt	Fälle je Arzt
Allgemeinärzte	602	1111	875
Anästhesisten	213	441	236
Augenärzte	1008	1649	1354
Chirurgen	543	1015	828
Frauenärzte	890	1325	1164
HNO-Ärzte	771	1263	1078
Hautärzte	1158	1873	1550
Internisten <Hausärzte>	625	1089	903
Kinderärzte <Hausärzte>	797	1337	1071
Nervenärzte*	570	1030	960
Orthopäden	651	1235	1157
Radiologen	1081	2267	1441
Urologen	783	1343	1060
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	646	1028	803
Innere Medizin, SP Kardio- logie	495	880	735
Innere Medizin, SP Neph- rologie	269	609	300
Innere Medizin, SP Pneu- mologie	717	1240	1149
Kinder-/Jugendpsychiatrie/- psychotherapie	196	404	283
Pathologie	3394	6525	3852
Psychiatrie	220	676	404
Psychosomat. Med. u. Psychotherapie	47	132	47
Ärztliche Psychotherapeu- ten	52	147	55
Psychologische Psychothe- rapeuten	47	108	48
Kinder- u. Jugendl.- Psychotherapeuten	34	272	39
Alle ausgewählten Fachgruppen	490	1217	826

*ohne Neurol., Psych. **GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, ausgeschlossen GOP ohne Leistungsbedarf, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen

Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, KBV, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Tabelle 14:
Streuung errechneter Zeitsummen für ausgewählte Fachgruppen
vor Anwendung des Ersatzverfahrens**

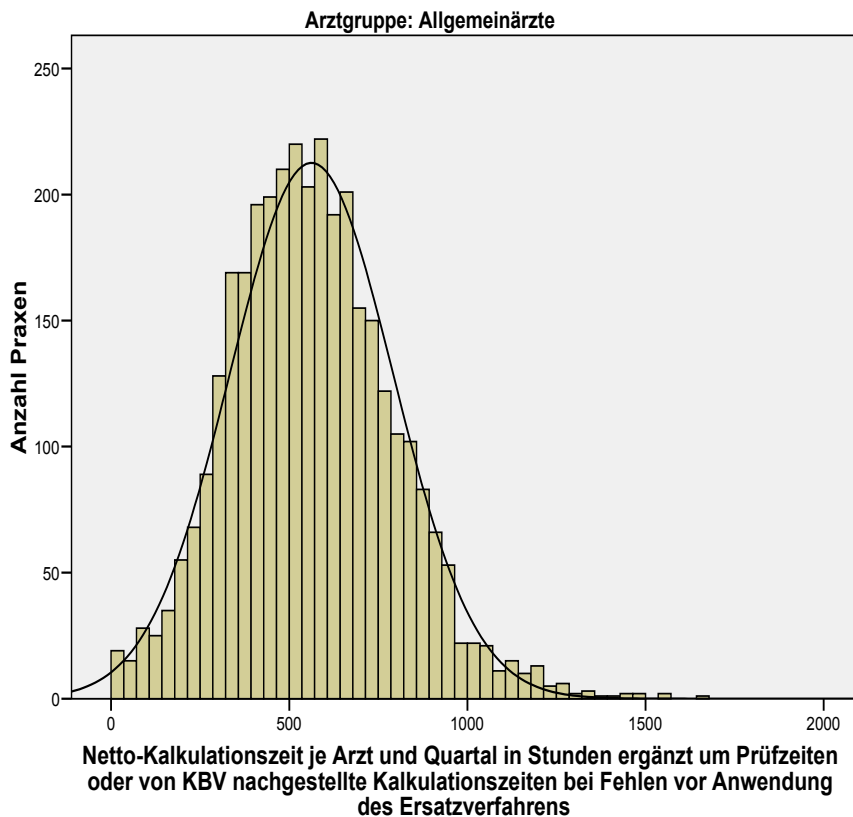
je Arzt in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008

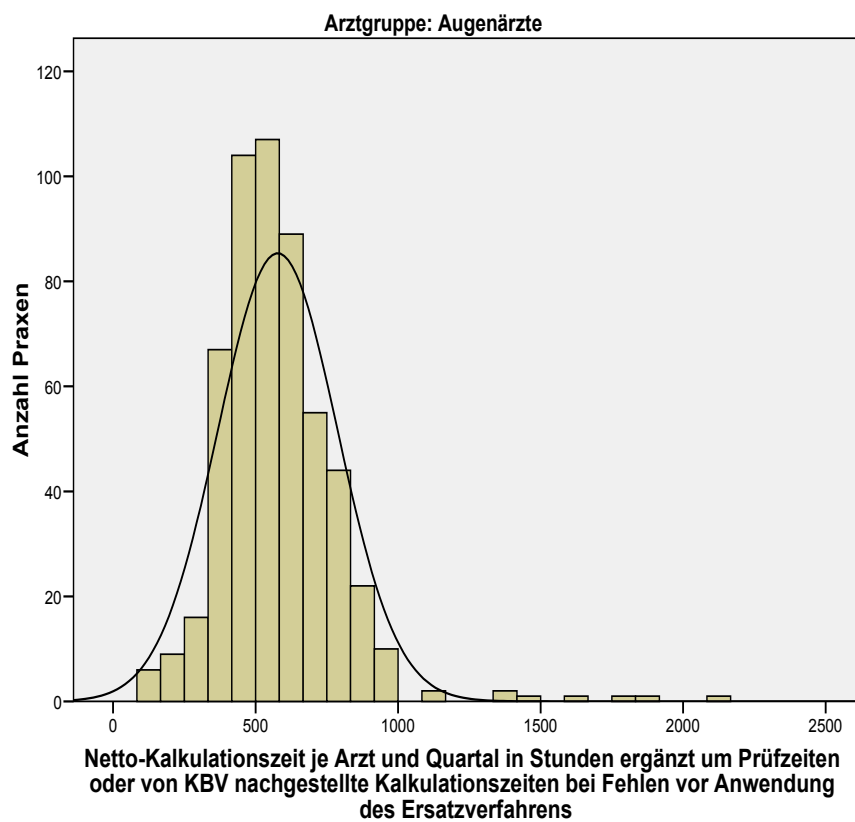
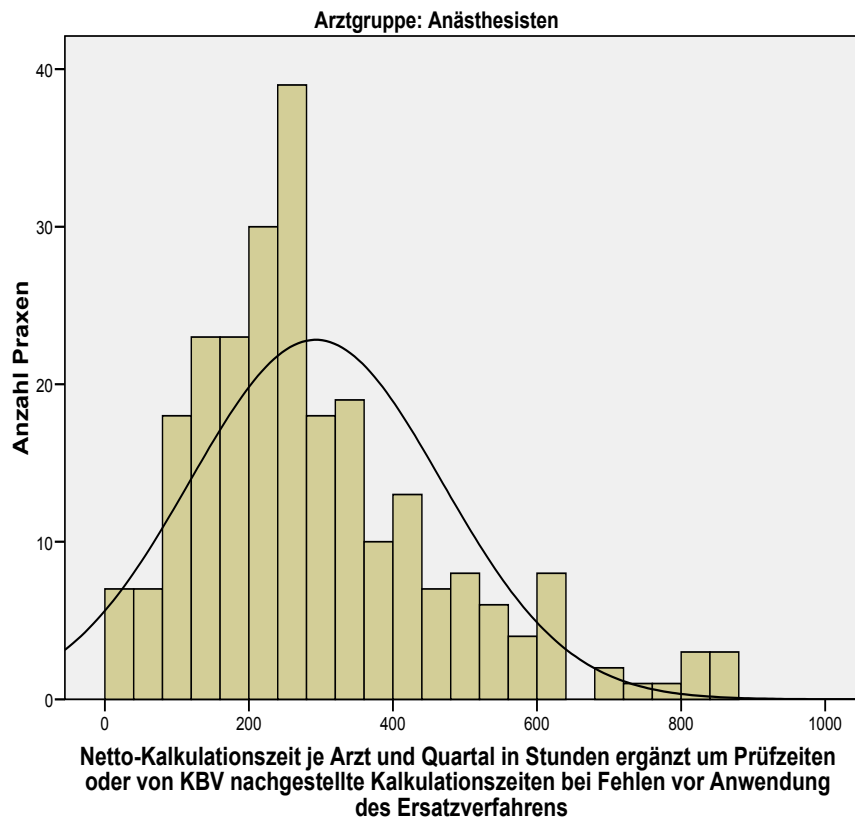
Arztgruppe	Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden ergänzt um Prüfzeiten und nachgestellte Kalkulationszeit von KBV bei Fehlen					
	05. Perzentil	25. Perzentil	Median	75. Perzentil	95. Perzentil	Praxen
Allgemeinärzte	210	402	553	707	941	3418
Anästhesisten	73	173	262	368	629	250
Augenärzte	323	457	546	674	885	538
Chirurgen	187	450	591	732	1040	338
Frauenärzte	295	464	577	713	927	1157
HNO-Ärzte	270	467	559	664	886	465
Hautärzte	289	427	538	692	951	360
Internisten <Hausärzte>	244	454	575	725	922	1037
Kinderärzte <Hausärzte>	250	405	526	657	908	618
Nervenärzte*	350	574	763	937	1087	170
Orthopäden	414	638	786	933	1236	519
Radiologen	241	359	462	650	997	74
Urologen	279	431	530	720	1061	253
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	265	387	495	613	850	92
Innere Medizin, SP Kardiologie	281	488	611	745	1204	103
Innere Medizin, SP Nephrologie	138	243	397	458	760	52
Innere Medizin, SP Pneumologie	443	559	684	879	1295	108
Kinder- /Jugendpsychiatrie/ psychotherapie	109	348	463	560	734	71
Pathologie	47	181	297	469	624	51
Psychiatrie	85	283	465	621	926	214
Psychosomat. Med. u. Psychotherapie	73	138	216	294	428	227
Ärztliche Psychotherapeuten	59	157	219	290	425	281
Psychologische Psychotherapeuten	101	181	239	301	439	1768
Kinder- u. Jugendl.- Psychotherapeuten	64	151	210	271	418	250

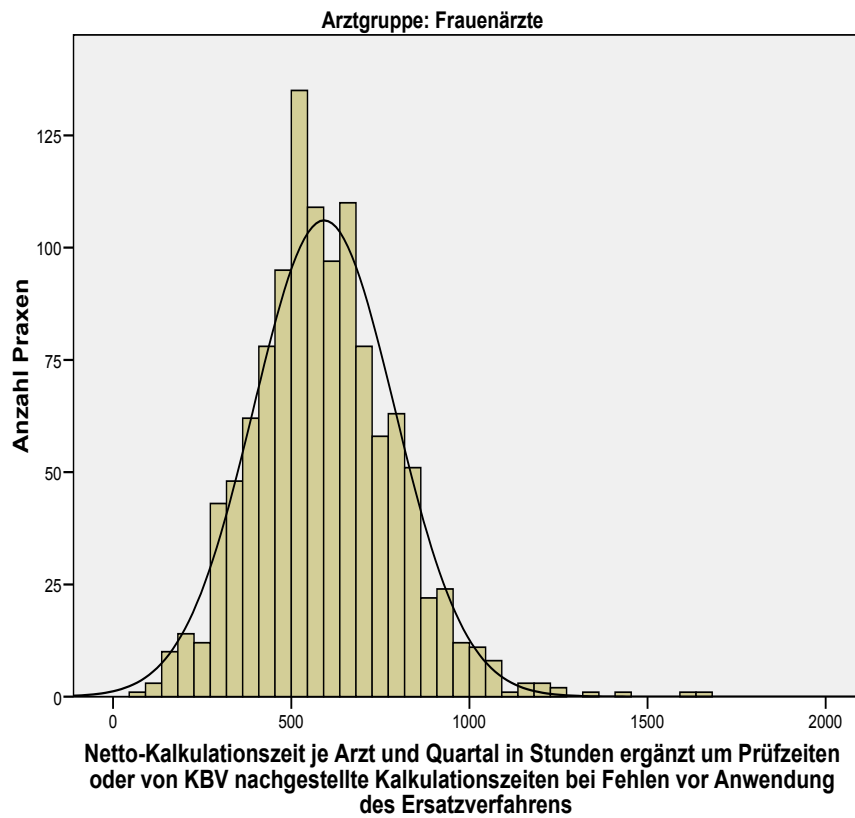
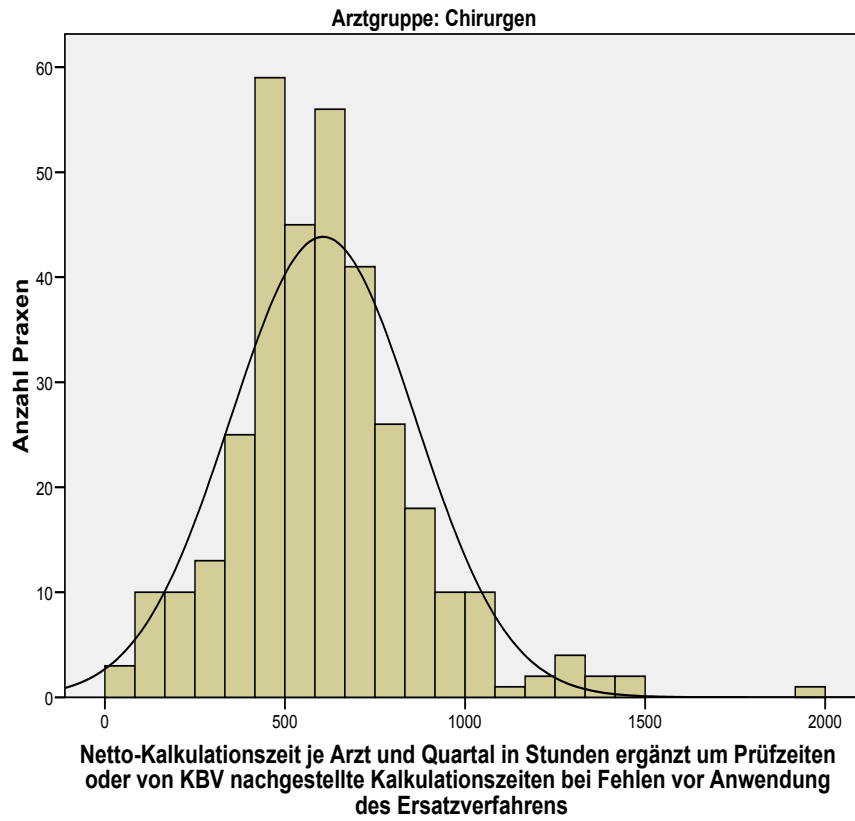
*ohne Neurol., Psych. **Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, ausgeschlossen GOP ohne Leistungsbedarf, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen

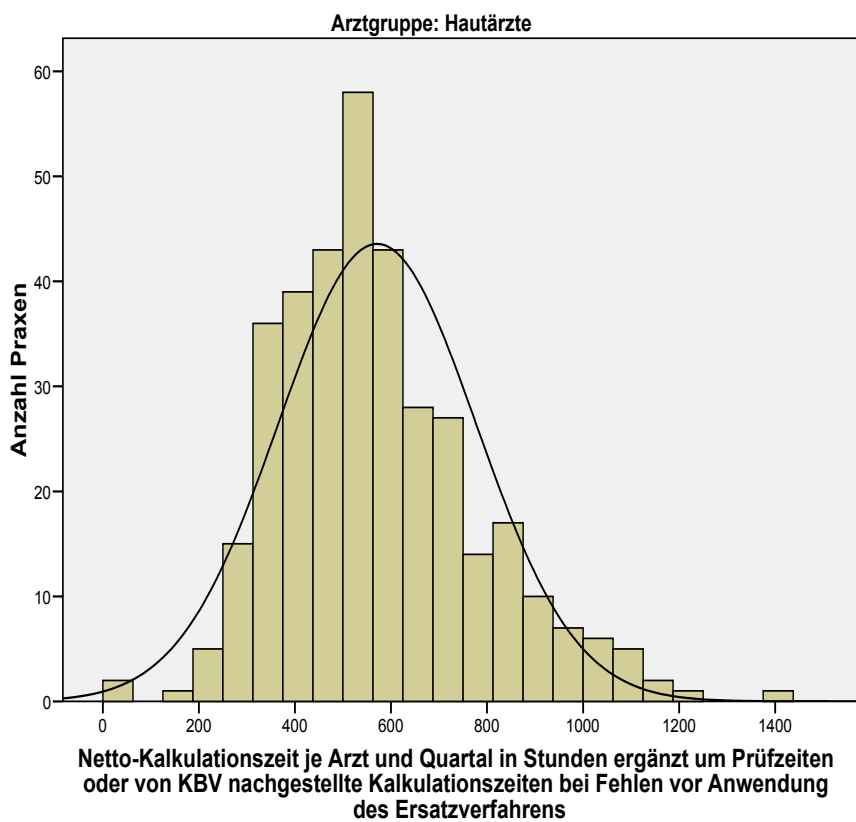
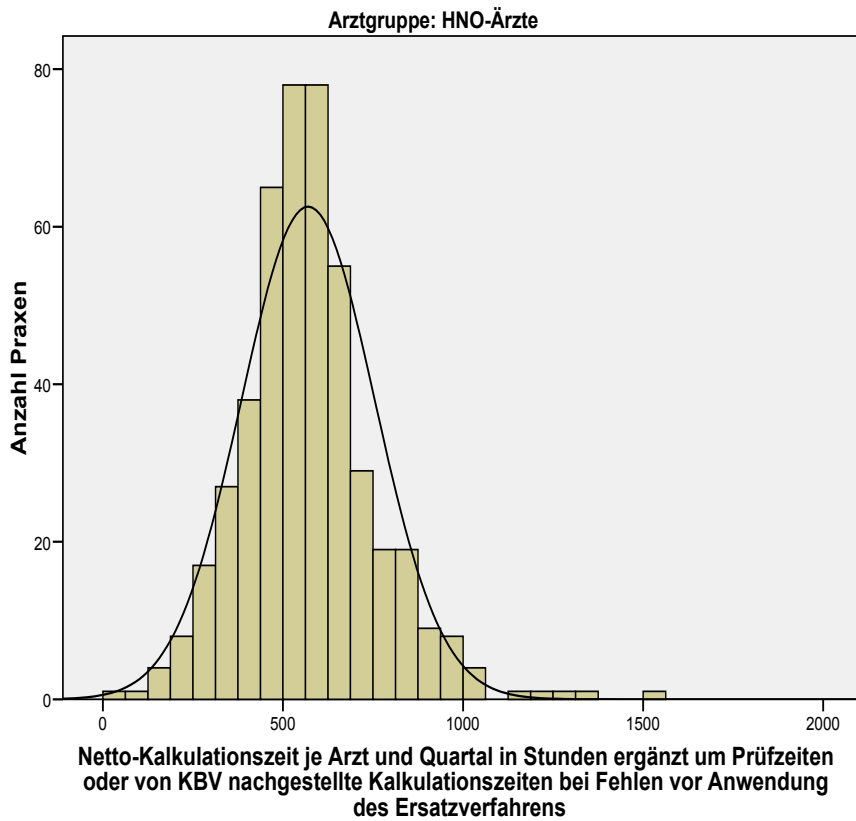
Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, KBV, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

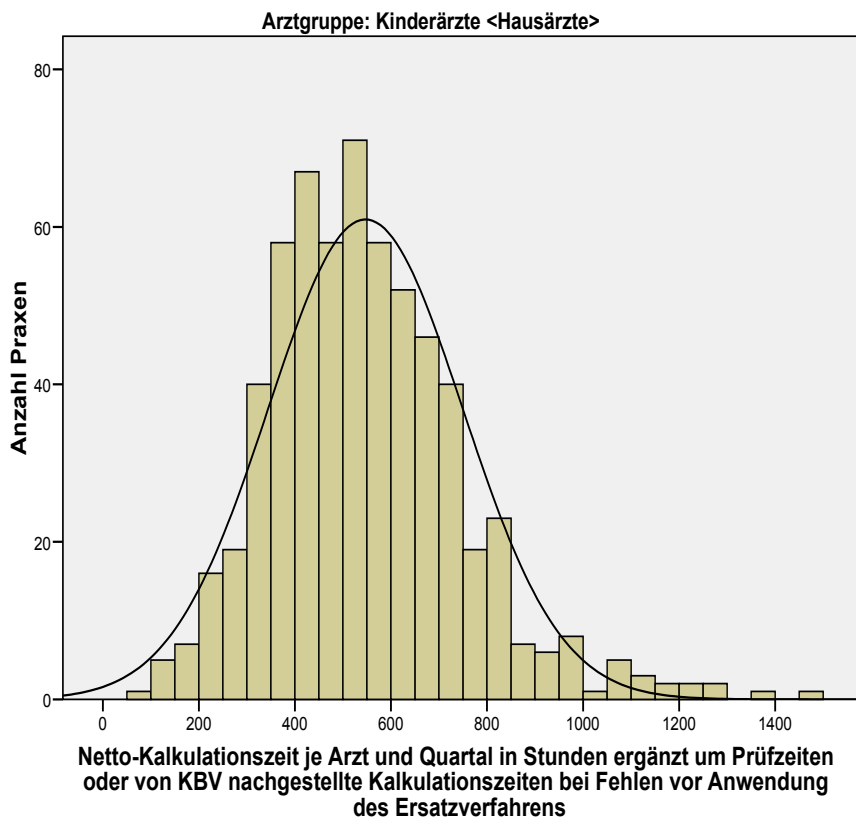
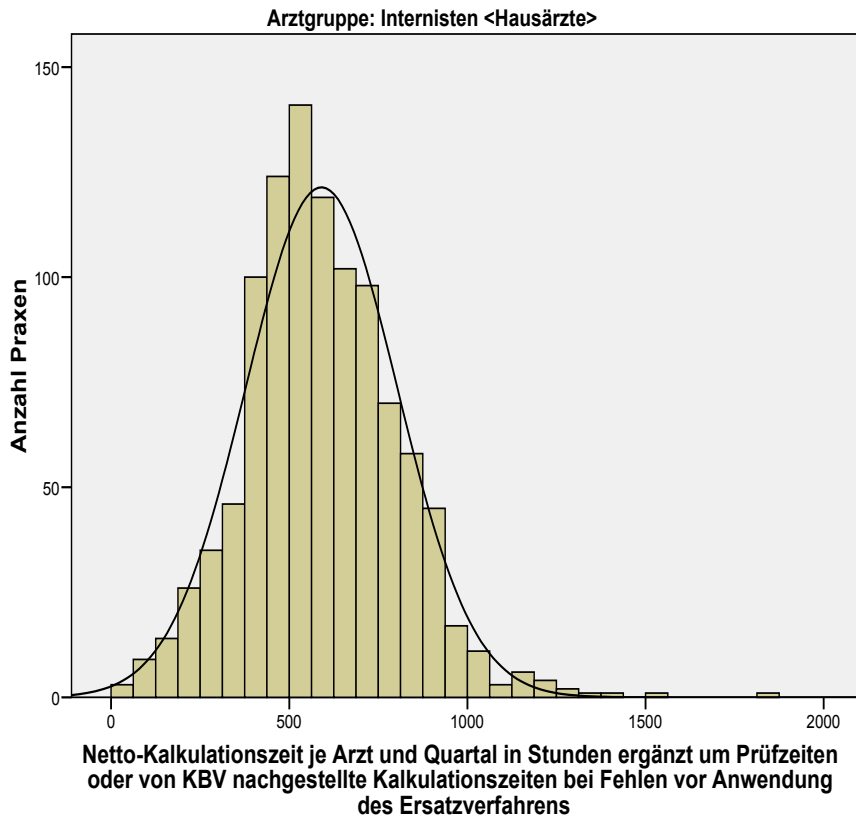
Abschließend erfolgt eine **grafische Darstellung** der Verteilung der nach der KBV-Methodik errechneten Nettoarbeitszeit je Arzt für die ausgewählten Fachgruppen, ergänzt um eine tabellarische **Analyse** des Zusammenhangs von **Nettoarbeitszeit** je Arzt und Quartal in Stunden (aufgeteilt nach Quartilsgrößenklassen) und der damit verbundenen **Fallzahl** je Arzt und Quartal sowie des Leistungsbedarfs nach GOP in der Zeitkategorie zur Anwendung des "Ersatzverfahrens".

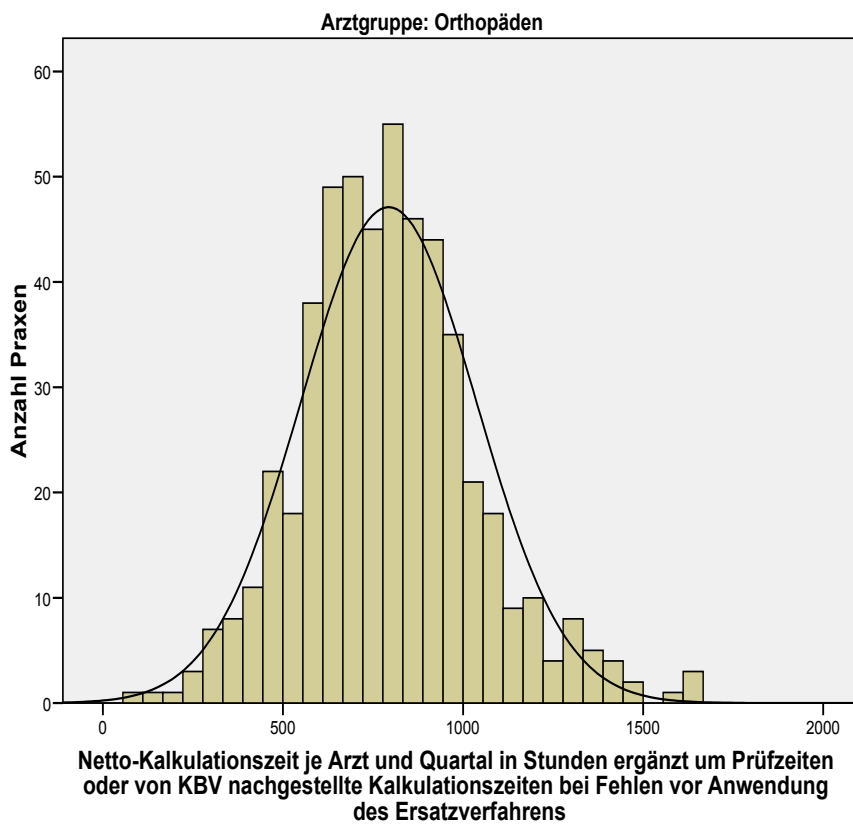
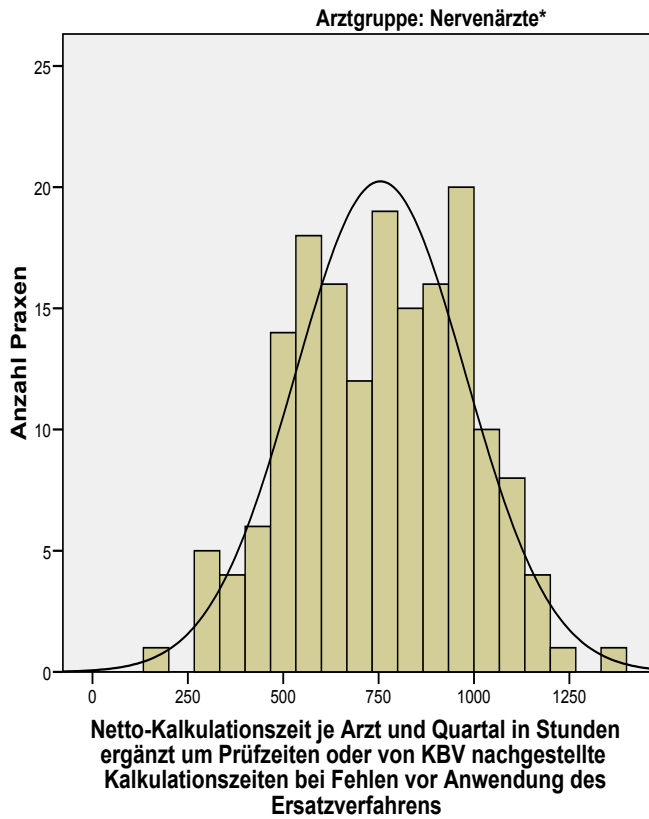


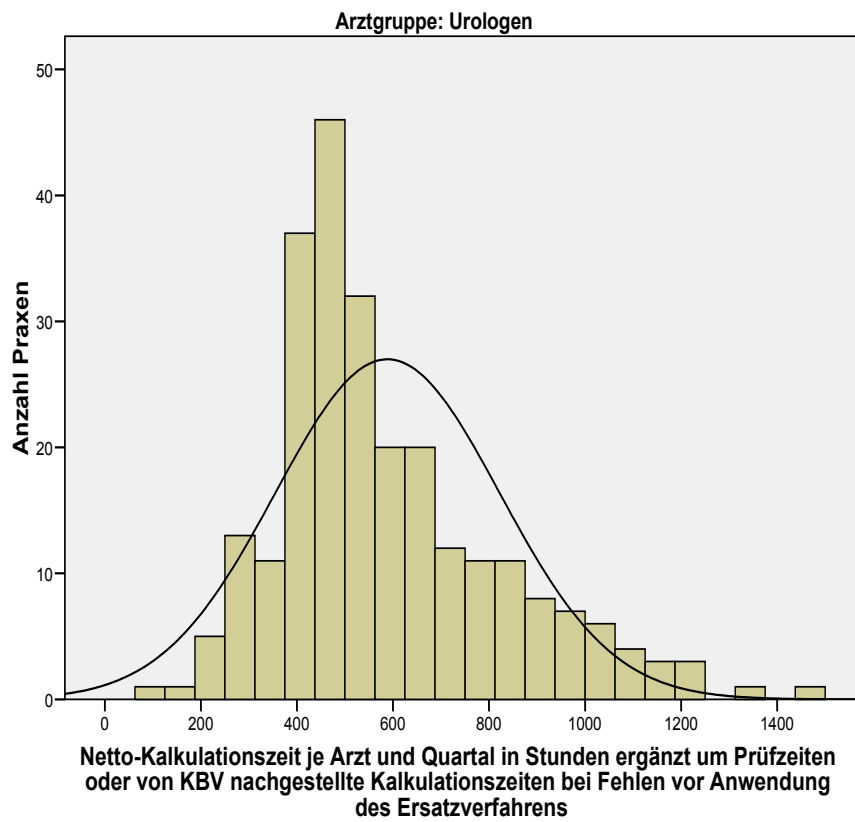
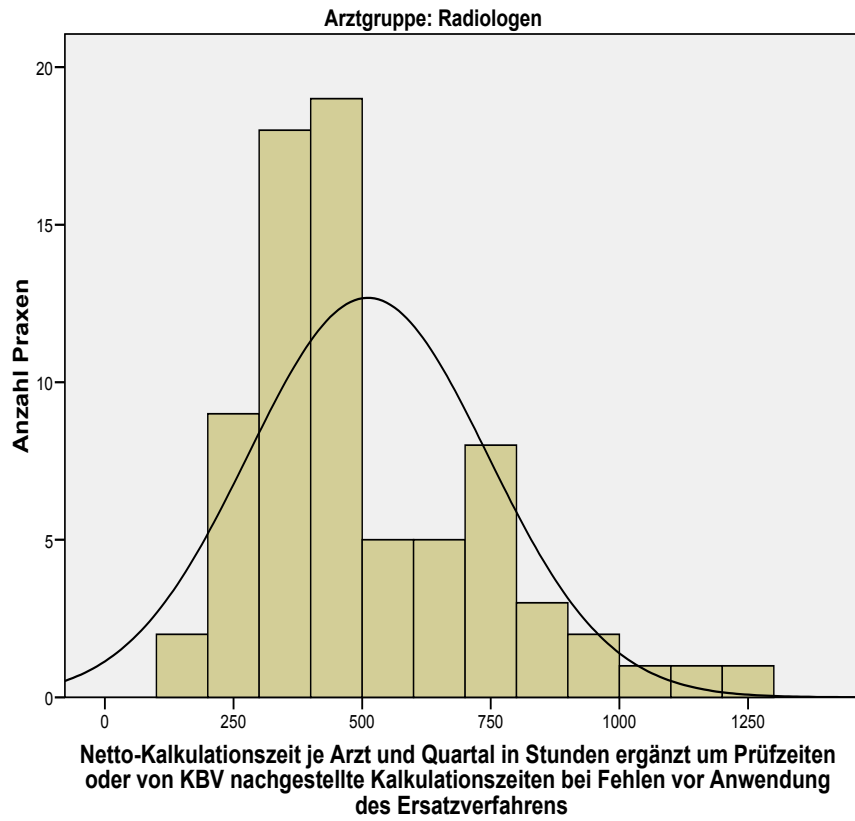


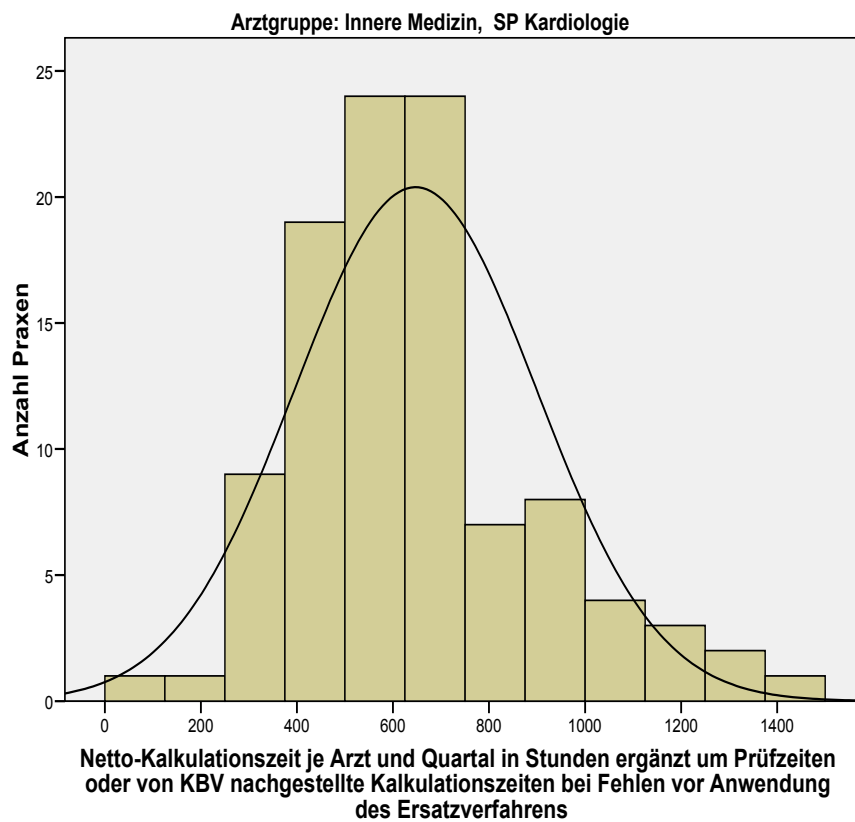
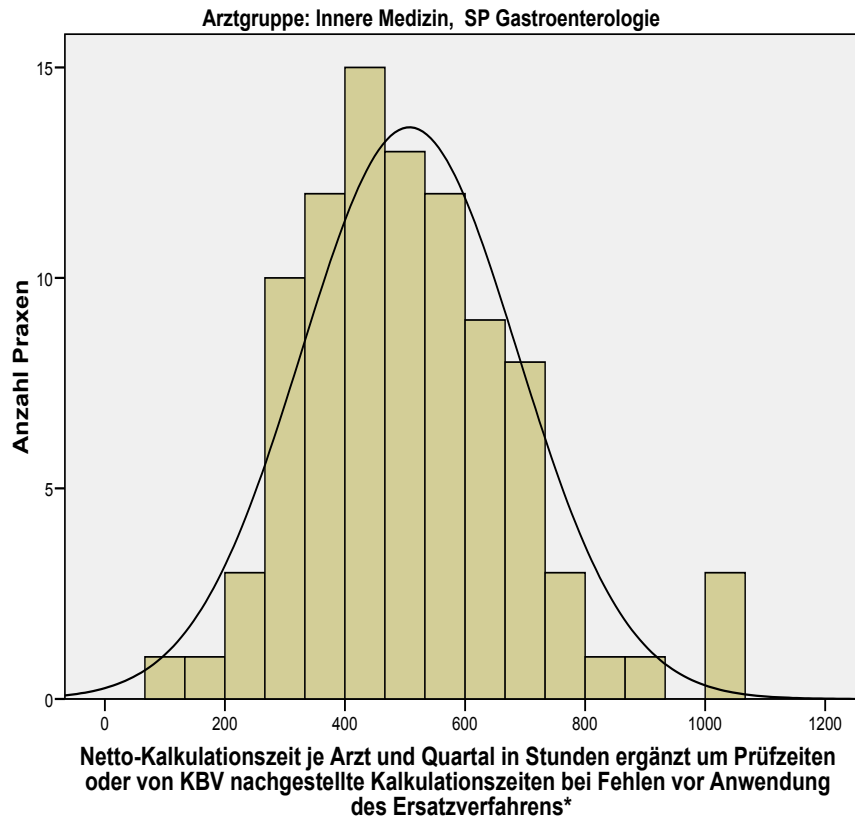


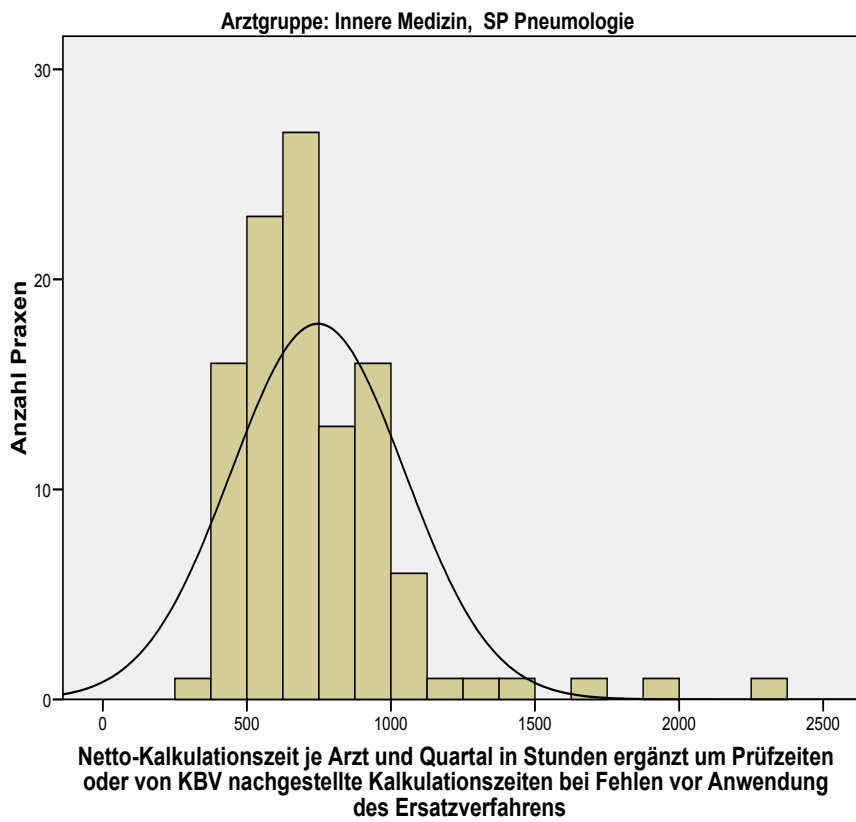
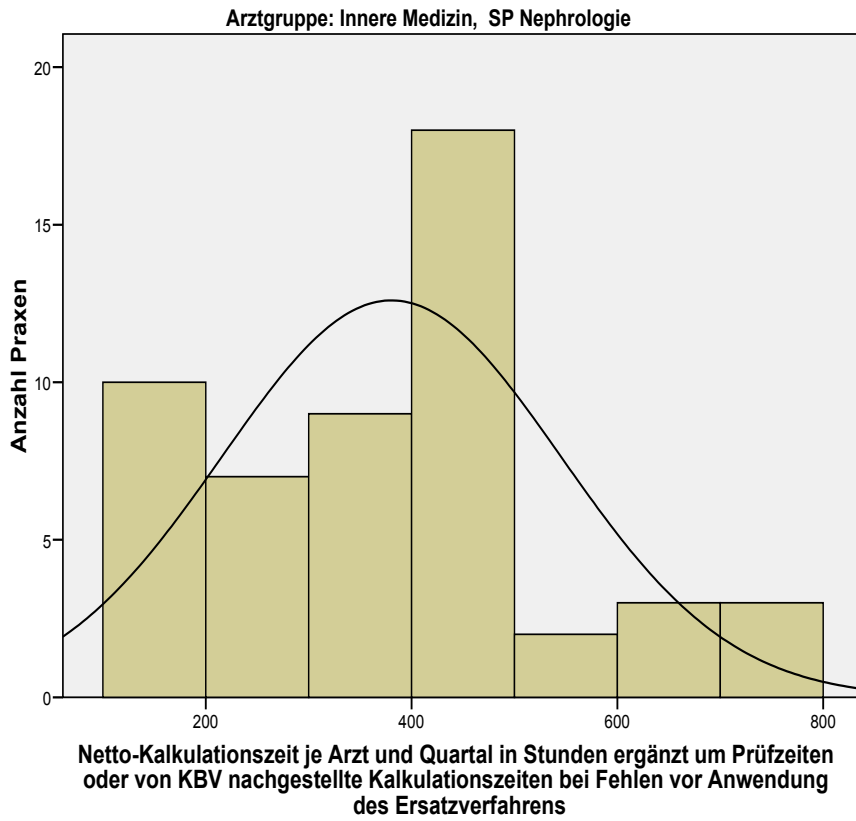


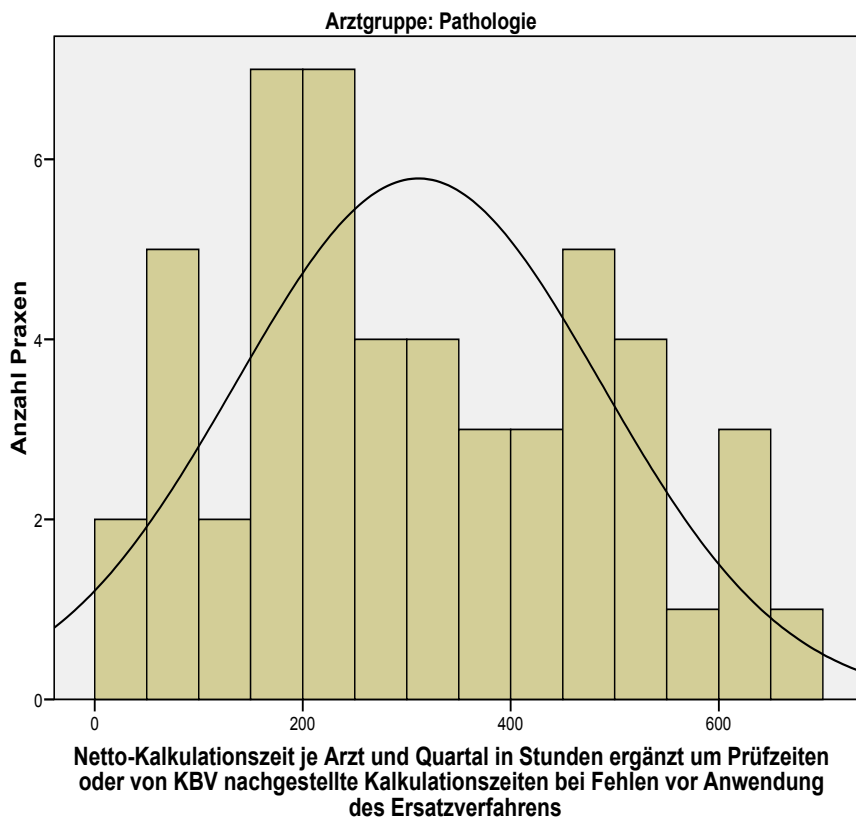
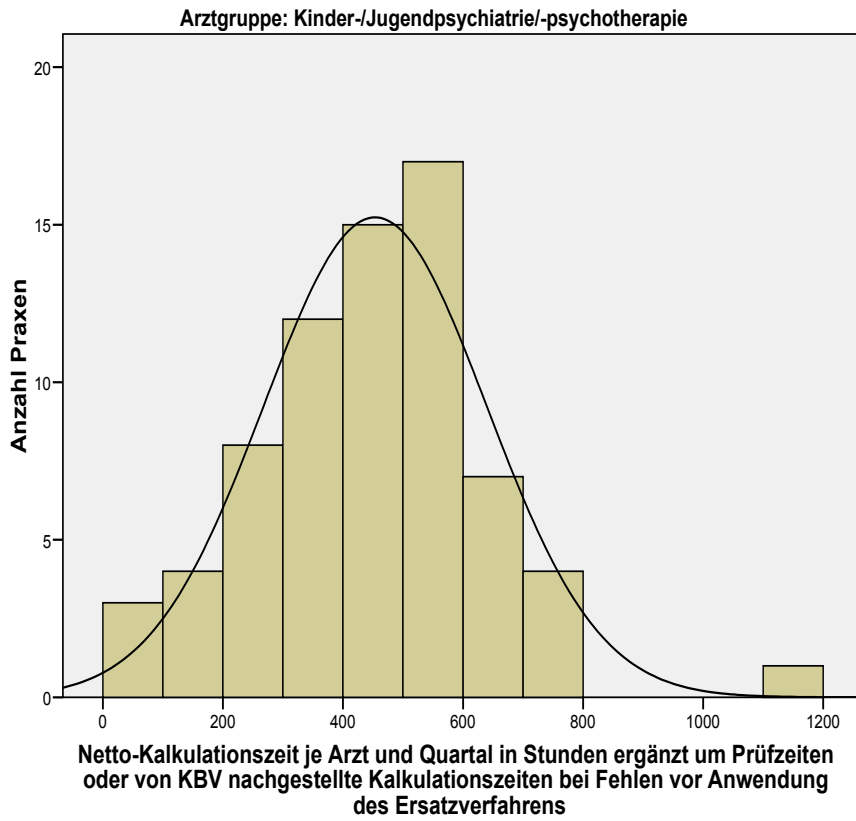


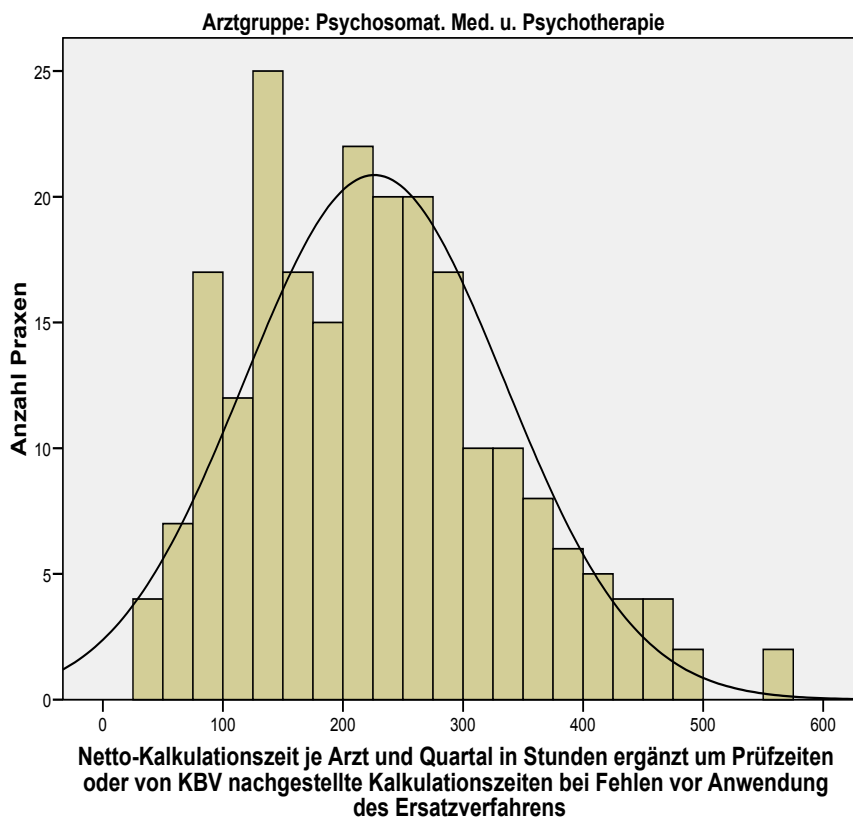
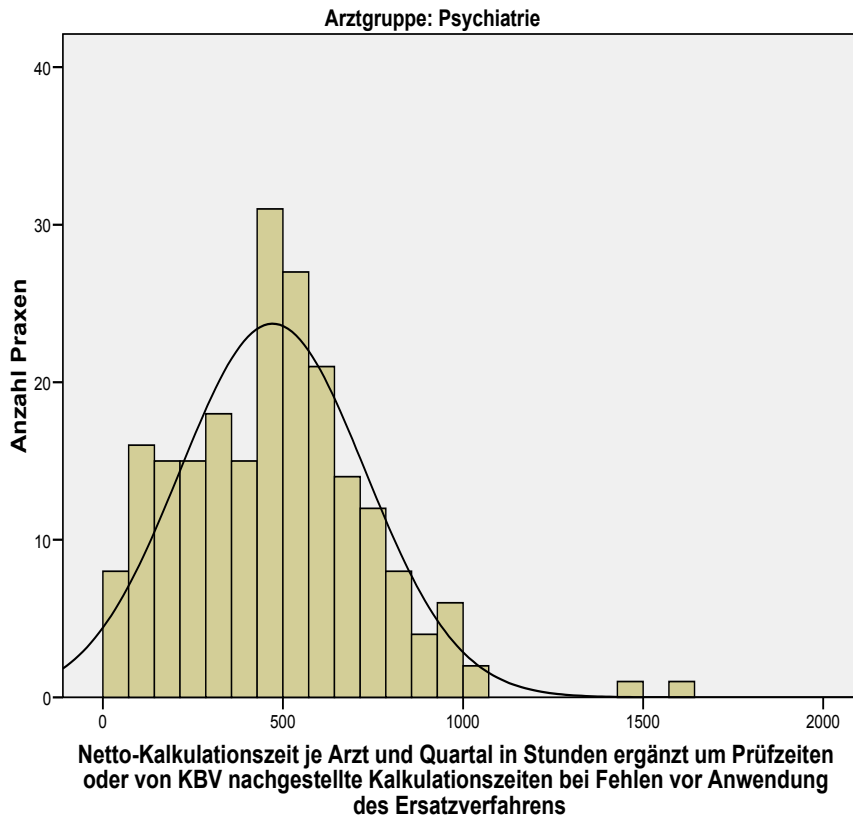


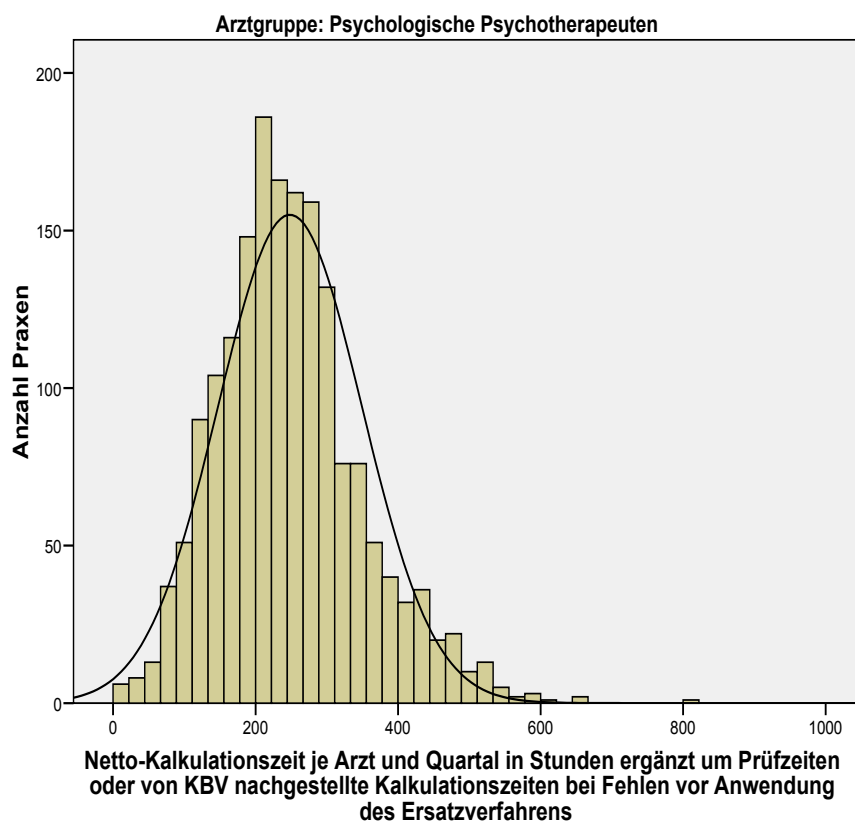
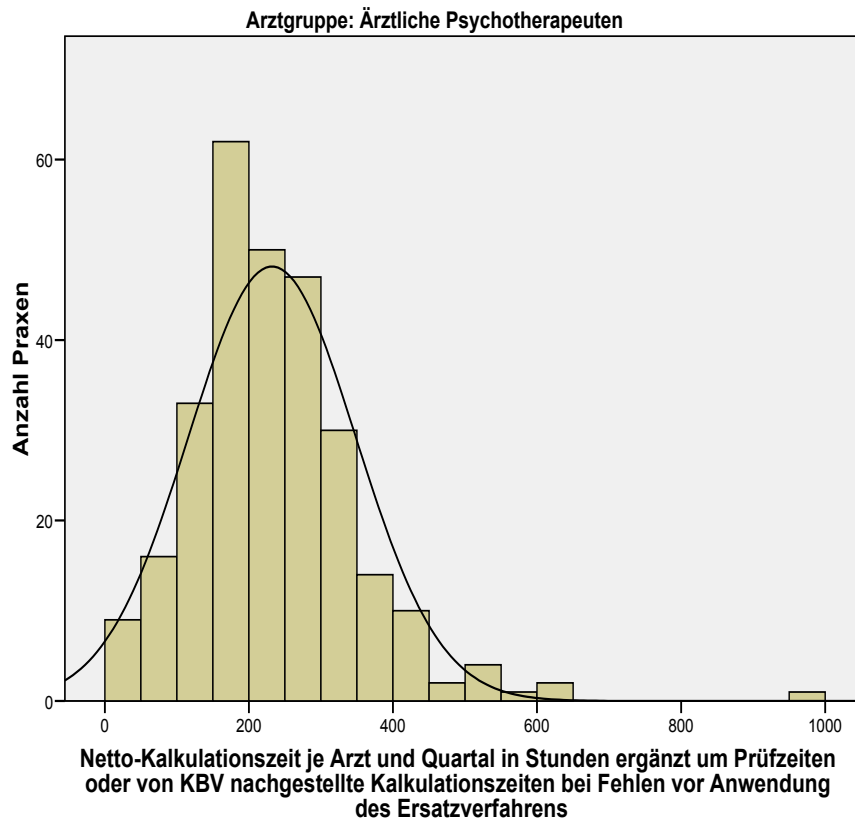


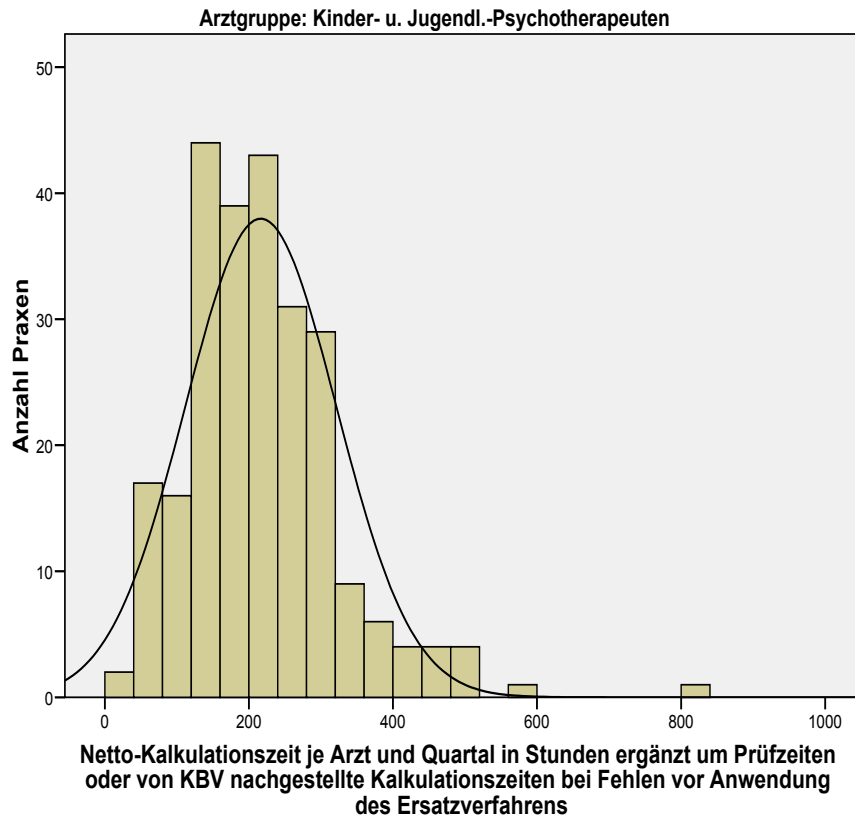












Arztgruppe = Allgemeinärzte

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008 vor Anwendung des Ersatzverfahrens (a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 402	486	852
402 bis unter 553	778	855
553 bis unter 707	993	857
707 und mehr	1312	854
gesamt	875	3418
<p>*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008</p>		
a Arztgruppe = Allgemeinärzte		

Arztgruppe = Anästhesisten

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008 vor Anwendung des Ersatzverfahrens (a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 173	119	61
173 bis unter 262	171	64
262 bis unter 368	231	63
368 und mehr	383	62
gesamt	236	250
<p>*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008</p>		
a Arztgruppe = Anästhesisten		

Arztgruppe = Augenärzte

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008 vor Anwendung des Ersatzverfahrens (a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 457	892	134
457 bis unter 546	1239	135
546 bis unter 674	1465	134
674 und mehr	1973	135
gesamt	1354	538
<p>*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008</p>		
a Arztgruppe = Augenärzte		

Arztgruppe = Chirurgen

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008 vor Anwendung des Ersatzverfahrens (a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 450	488	85
450 bis unter 591	727	83
591 bis unter 732	936	86
732 und mehr	1238	84
gesamt	828	338
<p>*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008</p>		
a Arztgruppe = Chirurgen		

Arztgruppe = Frauenärzte

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008 vor Anwendung des Ersatzverfahrens (a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 464	878	288
464 bis unter 577	958	292
577 bis unter 713	1386	288
713 und mehr	1462	289
gesamt	1164	1157
<p>*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008</p>		
a Arztgruppe = Frauenärzte		

Arztgruppe = HNO-Ärzte

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008(a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 467	686	116
467 bis unter 559	996	116
559 bis unter 664	1146	116
664 und mehr	1503	117
gesamt	1078	465
<p>*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008</p>		
a Arztgruppe = HNO-Ärzte		

Arztgruppe = Hautärzte

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008 vor Anwendung des Ersatzverfahrens (a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 427	1021	89
427 bis unter 538	1405	91
538 bis unter 692	1651	90
692 und mehr	2202	90
gesamt	1550	360
<p>*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008</p>		
a Arztgruppe = Hautärzte		

Arztgruppe = Internisten <Hausärzte>

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008 vor Anwendung des Ersatzverfahrens (a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 454	559	261
454 bis unter 575	824	258
575 bis unter 725	1015	259
725 und mehr	1289	259
gesamt	903	1037
<p>*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008</p>		
a Arztgruppe = Internisten <Hausärzte>		

Arztgruppe = Kinderärzte <Hausärzte>

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008 vor Anwendung des Ersatzverfahrens (a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 405	677	154
405 bis unter 526	954	154
526 bis unter 657	1169	156
657 und mehr	1551	154
gesamt	1071	618

*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen
Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

a Arztgruppe = Kinderärzte <Hausärzte>

Arztgruppe = Nervenärzte*

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008 vor Anwendung des Ersatzverfahrens (a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 574	641	42
574 bis unter 763	878	43
763 bis unter 937	1104	43
937 und mehr	1223	42
gesamt	960	170

*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen
Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

a Arztgruppe = Nervenärzte*

Arztgruppe = Orthopäden

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008 vor Anwendung des Ersatzverfahrens (a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 638	823	129
638 bis unter 786	1138	130
786 bis unter 933	1271	131
933 und mehr	1452	129
gesamt	1157	519
<p>*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008</p>		
a Arztgruppe = Orthopäden		

Arztgruppe = Radiologen

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008 vor Anwendung des Ersatzverfahrens (a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 359	724	18
359 bis unter 462	1185	18
462 bis unter 650	1542	20
650 und mehr	2484	18
gesamt	1441	74
<p>*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008</p>		
a Arztgruppe = Radiologen		

Arztgruppe = Urologen

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008 vor Anwendung des Ersatzverfahrens (a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 431	660	62
431 bis unter 530	913	64
530 bis unter 720	1111	64
720 und mehr	1687	63
gesamt	1060	253
<p>*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008</p>		
a Arztgruppe = Urologen		

Arztgruppe = Innere Medizin, SP Gastroenterologie

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008 vor Anwendung des Ersatzverfahrens(a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 387	488	23
387 bis unter 495	753	23
495 bis unter 613	862	23
613 und mehr	1184	23
gesamt	803	92

*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen
Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, KBV, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

a Arztgruppe = Innere Medizin, SP Gastroenterologie

Arztgruppe = Innere Medizin, SP Kardiologie

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008 vor Anwendung des Ersatzverfahrens(a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 488	457	25
488 bis unter 611	639	26
611 bis unter 745	781	26
745 und mehr	1214	26
gesamt	735	103

*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen
Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, KBV, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

a Arztgruppe = Innere Medizin, SP Kardiologie

Arztgruppe = Innere Medizin, SP Nephrologie

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008 vor Anwendung des Ersatzverfahrens(a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 243	314	13
243 bis unter 397	204	13
397 bis unter 458	252	13
458 und mehr	484	13
gesamt	300	52

*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen
Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, KBV, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

a Arztgruppe = Innere Medizin, SP Nephrologie

Arztgruppe = Innere Medizin, SP Pneumologie

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008 vor Anwendung des Ersatzverfahrens(a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 559	807	27
559 bis unter 684	1059	27
684 bis unter 879	1213	27
879 und mehr	1589	27
gesamt	1149	108

*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen
Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, KBV, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

a Arztgruppe = Innere Medizin, SP Pneumologie

Arztgruppe = Kinder-/Jugendpsychiatrie/-psychotherapie

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008 vor Anwendung des Ersatzverfahrens(a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 348	95	17
348 bis unter 463	217	18
463 bis unter 560	334	18
560 und mehr	451	18
gesamt	283	71

*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen
Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, KBV, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

a Arztgruppe = Kinder-/Jugendpsychiatrie/-psychotherapie

Arztgruppe = Pathologie

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008 vor Anwendung des Ersatzverfahrens(a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 181	1104	12
297 bis unter 469	2568	13
469 bis unter 624	5369	13
624 und mehr	6216	13
gesamt	3852	51
<p>*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, KBV, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008</p>		
a Arztgruppe = Pathologie		

Arztgruppe = Psychiatrie

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008 vor Anwendung des Ersatzverfahrens(a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 283	68	53
283 bis unter 530	290	54
530 bis unter 720	496	54
720 und mehr	772	53
gesamt	404	214
<p>*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, KBV, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008</p>		
a Arztgruppe = Psychiatrie		

Arztgruppe = Psychosomat. Med. u. Psychotherapie

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008 vor Anwendung des Ersatzverfahrens(a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 138	24	56
138 bis unter 216	39	57
216 bis unter 294	45	57
294 und mehr	82	57
gesamt	47	227

*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen
Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, KBV, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

a Arztgruppe = Psychosomat. Med. u. Psychotherapie

Arztgruppe = Ärztliche Psychotherapeuten

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008 vor Anwendung des Ersatzverfahrens(a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 157	33	69
157 bis unter 219	45	71
219 bis unter 290	59	70
290 und mehr	81	71
gesamt	55	281

*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen
Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, KBV, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

a Arztgruppe = Ärztliche Psychotherapeuten

Fachgruppe = Psychologische Psychotherapeuten

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008 vor Anwendung des Ersatzverfahrens(a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 181	28	444
181 bis unter 239	41	442
239 bis unter 301	52	442
301 und mehr	73	440
gesamt	48	1768

*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen
Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, KBV, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

a Arztgruppe = Psychologische Psychotherapeuten

Fachgruppe = Kinder- u. Jugendl.-Psychotherapeuten

Mittlere Fallzahl je Arzt in Abhängigkeit von der errechneten Zeitsumme in den KVen Brandenburg und Nordrhein im 3. Quartal 2008 vor Anwendung des Ersatzverfahrens(a)		
Netto-Kalkulationszeit je Arzt und Quartal in Stunden	Fälle je Arzt und Quartal	Praxen
unter 151	18	63
151 bis unter 210	29	62
210 bis unter 271	38	63
271 und mehr	69	62
gesamt	39	250

*Netto-Arbeitszeiten, GOP mit angehängtem Buchstaben haben Kalkulationszeit der analogen GOP ohne Buchstaben, Kalkulationszeit um Prüfzeit oder von KBV nachgestellte Kalkulationszeiten ergänzt bei Fehlen
Quelle: Anhang 3 zum EBM2008, KBV, KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

a Arztgruppe = Kinder- u. Jugendl.-Psychotherapeuten

Arztgruppe = Allgemeinärzte

Tab. : Leistungsbedarf nach GOP in Zeitkategorie zur Anwendung des "Ersatzverfahrens"

	Gesamter Leistungsbedarf in Punkten <Primär+Ersatzkasse>
	Summe
01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	8.429.895
01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	2.272.680
01102 Inanspruchnahme an Samstagen	5.999.250
01210 Notfallpauschale	28.913.760
01211 Zusatzpauschale Besuchsbereitschaft	18.200.880
01214 Notfallkonsultationspauschale I	130.700
01215 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01214	65.350
01216 Notfallkonsultationspauschale II	598.620
01217 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01216	371.870
01218 Notfallkonsultationspauschale III	530.145
01219 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01218	333.795
01220 Reanimationskomplex	86.955
01221 Zuschlag Beatmung	3.120
01222 Zuschlag Defibrillation	4.440
01411 Dringender Besuch I	38.658.200
01411A	2.779.850
01411B	182.850
01411N	6.807.850
01411O	306.075
01412 Dringender Besuch II	22.852.470
01412A	2.345.250
01412B	129.210
01412H Dringender Besuch 50% der Punktzahl	3.540
01412N	853.140
01412O	102.660
01415 Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit	38.598.735
01415N	117.420
01430 Verwaltungskomplex	3.390.800
01435 Telefonische Beratung im Zusammenhang mit einer Erkrankung	198.840
01436 Konsultationspauschale	70.050
01602 Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	6.055
01620 Bescheinigung oder Zeugnis	542.163
01621 Krankheitsbericht	1.445.949
01622 Kurplan, Gutachten, Stellungnahme	5.618.866
01623 Kurvorschlag	470.400
01820 Rezepte, Überweisungen, Befundübermittlung	394.080
01951 Zuschlag Wochenende, Feiertage	12.197.430
02501 Einzelinhalationstherapie mit speziellem Verneblersystem	211.500
03130 Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme bei persönlichem A-P-K	274.560
03235 Qualifikation Psychosomatik	49.230.000
03242 Testverfahren bei Demenzverdacht	162.580
05230 Aufwandserstattung für das Aufsuchen eines Kranken	1.280
05230E	800
12225 Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 12220 aufgeführten Arztgruppen bei Probeneinsendung	1.770
Gesamt	253.895.833

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Arztgruppe = Anästhesisten

Tab. : Leistungsbedarf nach GOP in Zeitkategorie zur Anwendung des "Ersatzverfahrens"

	Gesamter Leistungsbedarf in Punkten <Primär+Ersatzkassen>
	Summe
01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	94.905
01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	26.550
01102 Inanspruchnahme an Samstagen	20.805
01210 Notfallpauschale	1.106.460
01211 Zusatzpauschale Besuchsbereitschaft	696.660
01214 Notfallkonsultationspauschale I	1.900
01215 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01214	950
01216 Notfallkonsultationspauschale II	13.200
01217 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01216	8.200
01218 Notfallkonsultationspauschale III	29.565
01219 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01218	18.615
01220 Reanimationskomplex	2.635
01221 Zuschlag Beatmung	520
01411 Dringender Besuch I	1.179.250
01411A	22.525
01411B	22.525
01411N	500.850
01411O	1.325
01412 Dringender Besuch II	56.640
01412A	8.850
01412B	8.850
01412N	5.310
01415 Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit	35.535
01430 Verwaltungskomplex	121.835
01435 Telefonische Beratung im Zusammenhang mit einer Erkrankung	16.320
01436 Konsultationspauschale	57.250
01602 Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	8.295
01610 Bescheinigung zur Belastungsgrenze	2.360
01620 Bescheinigung oder Zeugnis	3.740
01621 Krankheitsbericht	17.572
01622 Kurplan, Gutachten, Stellungnahme	20.865
01623 Kurvorschlag	1.200
01951 Zuschlag Wochenende, Feiertage	112.560
05230 Aufwandserstattung für das Aufsuchen eines Kranken	1.789.600
05230E	4.508.960
05230N	17.440
12225 Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 12220 aufgeführten Arztgruppen bei Probeneinsendung	15
Gesamt	10.540.637

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Arztgruppe = Augenärzte

Tab. : Leistungsbedarf nach GOP in Zeitkategorie zur Anwendung des "Ersatzverfahrens"

	Gesamter Leistungsbedarf in Punkten <Primär+Ersatzkasse>
	Summe
01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	173.160
01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	69.915
01102 Inanspruchnahme an Samstagen	357.390
01210 Notfallpauschale	3.806.190
01211 Zusatzpauschale Besuchsbereitschaft	2.396.490
01214 Notfallkonsultationspauschale I	22.000
01215 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01214	11.000
01216 Notfallkonsultationspauschale II	118.140
01217 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01216	73.390
01218 Notfallkonsultationspauschale III	17.820
01219 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01218	11.220
01411 Dringender Besuch I	267.650
01411N	1.325
01412 Dringender Besuch II	7.080
01414 Visite auf der Belegstation, je Patient	197.225
01414D	735
01415 Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit	61.800
01430 Verwaltungskomplex	628.530
01435 Telefonische Beratung im Zusammenhang mit einer Erkrankung	17.460
01436 Konsultationspauschale	736.300
01602 Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	231.560
01610 Bescheinigung zur Belastungsgrenze	4.960
01620 Bescheinigung oder Zeugnis	28.556
01621 Krankheitsbericht	12.796
01622 Kurplan, Gutachten, Stellungnahme	71.714
01623 Kurvorschlag	150
Gesamt	9.324.557

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Arztgruppe = Chirurgen

Tab. : Leistungsbedarf nach GOP in Zeitkategorie zur Anwendung des "Ersatzverfahrens"

	Gesamter Leistungsbedarf in Punkten <Primär+Ersatzkasse>
	Summe
01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	330.225
01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	93.810
01102 Inanspruchnahme an Samstagen	1.084.140
01210 Notfallpauschale	2.382.615
01211 Zusatzpauschale Besuchsbereitschaft	1.500.165
01214 Notfallkonsultationspauschale I	10.300
01215 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01214	5.150
01216 Notfallkonsultationspauschale II	19.140
01217 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01216	11.890
01218 Notfallkonsultationspauschale III	21.060
01219 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01218	13.260
01220 Reanimationskomplex	5.270
01221 Zuschlag Beatmung	520
01411 Dringender Besuch I	2.067.000
01411N	393.525
01412 Dringender Besuch II	65.490
01412N	15.930
01415 Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit	480.495
01415N	1.545
01422 Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege	2.280
01430 Verwaltungskomplex	39.725
01435 Telefonische Beratung im Zusammenhang mit einer Erkrankung	1.560
01436 Konsultationspauschale	102.250
01602 Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	141.295
01610 Bescheinigung zur Belastungsgrenze	3.280
01620 Bescheinigung oder Zeugnis	95.929
01621 Krankheitsbericht	156.914
01622 Kurplan, Gutachten, Stellungnahme	1.603.745
01623 Kurvorschlag	2.850
01820 Rezepte, Überweisungen, Befundübermittlung	30
02501 Einzelinhalationstherapie mit speziellem Verneblersystem	125
12225 Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 12220 aufgeführten Arztgruppen bei Probeneinsendung	15
Gesamt	10.651.529

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Arztgruppe = Frauenärzte

Tab. : Leistungsbedarf nach GOP in Zeitkategorie zur Anwendung des "Ersatzverfahrens"

	Gesamter Leistungsbedarf in Punkten <Primär+Ersatzkasse>
	Summe
01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	1.367.520
01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	292.050
01102 Inanspruchnahme an Samstagen	1.279.935
01210 Notfallpauschale	4.118.040
01211 Zusatzpauschale Besuchsbereitschaft	2.592.585
01214 Notfallkonsultationspauschale I	14.700
01215 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01214	7.350
01216 Notfallkonsultationspauschale II	70.620
01217 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01216	43.870
01218 Notfallkonsultationspauschale III	64.395
01219 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01218	40.545
01220 Reanimationskomplex	7.905
01411 Dringender Besuch I	4.063.775
01411N	968.575
01412 Dringender Besuch II	77.880
01412N	40.710
01414 Visite auf der Belegstation, je Patient	84.280
01415 Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit	318.270
01415N	4.635
01430 Verwaltungskomplex	1.240.050
01435 Telefonische Beratung im Zusammenhang mit einer Erkrankung	123.240
01436 Konsultationspauschale	306.800
01602 Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	306.530
01610 Bescheinigung zur Belastungsgrenze	15.160
01620 Bescheinigung oder Zeugnis	437.545
01621 Krankheitsbericht	117.346
01622 Kurplan, Gutachten, Stellungnahme	682.592
01623 Kurvorschlag	7.800
01820 Rezepte, Überweisungen, Befundübermittlung	3.778.830
08510X	58.995
08540X Gewinnung und Untersuchung(en) des Spermas Durchführung einer Künstlichen Befruchtung	126.588
08542X	264.385
12225 Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 12220 aufgeführten Arztgruppen bei Probeneinsendung	35.040
Gesamt	22.958.541

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Arztgruppe = HNO-Ärzte

Tab. : Leistungsbedarf nach GOP in Zeitkategorie zur Anwendung des "Ersatzverfahrens"

	Gesamter Leistungsbedarf in Punkten <Primär+Ersatzkasse>
	Summe
01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	432.900
01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	72.570
01102 Inanspruchnahme an Samstagen	454.860
01210 Notfallpauschale	3.439.665
01211 Zusatzpauschale Besuchsbereitschaft	2.165.715
01214 Notfallkonsultationspauschale I	26.600
01215 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01214	13.300
01216 Notfallkonsultationspauschale II	78.540
01217 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01216	48.790
01218 Notfallkonsultationspauschale III	26.730
01219 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01218	16.830
01411 Dringender Besuch I	1.172.625
01411N	258.375
01412 Dringender Besuch II	155.760
01412N	10.620
01414 Visite auf der Belegstation, je Patient	3.627.225
01414N	980
01415 Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit	108.150
01415N	6.180
01430 Verwaltungskomplex	175.455
01435 Telefonische Beratung im Zusammenhang mit einer Erkrankung	13.560
01436 Konsultationspauschale	27.750
01602 Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	83.055
01610 Bescheinigung zur Belastungsgrenze	2.960
01620 Bescheinigung oder Zeugnis	32.289
01621 Krankheitsbericht	21.724
01622 Kurplan, Gutachten, Stellungnahme	160.774
01623 Kurvorschlag	2.400
02501 Einzelinhalationstherapie mit speziellem Verneblersystem	375
12225 Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 12220 aufgeführten Arztgruppen bei Probeneinsendung	9.345
36861 Strukturpauschale bei einer Verweildauer bis zu 13 Tagen	25.200
Gesamt	12.671.301

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Arztgruppe = Hautärzte

Tab. : Leistungsbedarf nach GOP in Zeitkategorie zur Anwendung des "Ersatzverfahrens"

	Gesamter Leistungsbedarf in Punkten <Primär+Ersatzkasse>
	Summe
01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	227.550
01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	84.075
01102 Inanspruchnahme an Samstagen	699.960
01210 Notfallpauschale	1.382.265
01211 Zusatzpauschale Besuchsbereitschaft	870.315
01214 Notfallkonsultationspauschale I	3.400
01215 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01214	1.700
01216 Notfallkonsultationspauschale II	15.180
01217 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01216	9.430
01218 Notfallkonsultationspauschale III	21.465
01219 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01218	13.515
01220 Reanimationskomplex	2.635
01411 Dringender Besuch I	1.603.250
01411N	368.350
01412 Dringender Besuch II	24.780
01412N	1.770
01414 Visite auf der Belegstation, je Patient	192.325
01415 Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit	568.560
01415N	12.360
01430 Verwaltungskomplex	370.440
01435 Telefonische Beratung im Zusammenhang mit einer Erkrankung	37.980
01436 Konsultationspauschale	10.200
01602 Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	13.650
01610 Bescheinigung zur Belastungsgrenze	5.440
01620 Bescheinigung oder Zeugnis	23.619
01621 Krankheitsbericht	14.243
01622 Kurplan, Gutachten, Stellungnahme	46.266
01623 Kurvorschlag	4.350
01951 Zuschlag Wochenende, Feiertage	254.520
12225 Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 12220 aufgeführten Arztgruppen bei Probeneinsendung	19.200
36861 Strukturpauschale bei einer Verweildauer bis zu 13 Tagen	90.600
Gesamt	6.993.393

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Arztgruppe = Internisten <Hausärzte>

Tab. : Leistungsbedarf nach GOP in Zeitkategorie zur Anwendung des "Ersatzverfahrens"

	Gesamter Leistungsbedarf in Punkten <Primär+Ersatzkasse>
	Summe
01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	1.183.260
01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	269.040
01102 Inanspruchnahme an Samstagen	784.890
01210 Notfallpauschale	6.391.305
01211 Zusatzpauschale Besuchsbereitschaft	4.024.155
01214 Notfallkonsultationspauschale I	16.300
01215 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01214	8.150
01216 Notfallkonsultationspauschale II	96.690
01217 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01216	60.065
01218 Notfallkonsultationspauschale III	115.020
01219 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01218	72.420
01220 Reanimationskomplex	28.985
01221 Zuschlag Beatmung	520
01411 Dringender Besuch I	8.597.925
01411A	541.925
01411B	91.425
01411N	1.436.300
01411O	22.525
01412 Dringender Besuch II	3.403.710
01412A	260.190
01412B	15.930
01412N	97.350
01412O	19.470
01415 Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit	9.745.860
01415N	27.810
01430 Verwaltungskomplex	1.710.030
01435 Telefonische Beratung im Zusammenhang mit einer Erkrankung	78.120
01436 Konsultationspauschale	20.950
01602 Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	2.940
01620 Bescheinigung oder Zeugnis	116.001
01621 Krankheitsbericht	318.726
01622 Kurplan, Gutachten, Stellungnahme	1.032.955
01623 Kurvorschlag	174.900
01820 Rezepte, Überweisungen, Befundübermittlung	34.410
01951 Zuschlag Wochenende, Feiertage	1.256.010
02501 Einzelinhalationstherapie mit speziellem Verneblersystem	7.500
03130 Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme bei persönlichem A-P-K	23.040
03235 Qualifikation Psychosomatik	10.528.100
03242 Testverfahren bei Demenzverdacht	34.375
12225 Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 12220 aufgeführten Arztgruppen bei Probeneinsendung	1.680
Gesamt	52.650.957

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Arztgruppe = Kinderärzte <Hausärzte>

Tab. : Leistungsbedarf nach GOP in Zeitkategorie zur Anwendung des "Ersatzverfahrens"

	Gesamter Leistungsbedarf in Punkten <Primär+Ersatzkassen>
	Summe
01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	1.872.015
01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	295.590
01102 Inanspruchnahme an Samstagen	723.045
01210 Notfallpauschale	22.139.730
01211 Zusatzpauschale Besuchsbereitschaft	13.939.830
01214 Notfallkonsultationspauschale I	94.200
01215 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01214	47.100
01216 Notfallkonsultationspauschale II	428.010
01217 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01216	265.885
01218 Notfallkonsultationspauschale III	164.835
01219 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01218	103.785
01411 Dringender Besuch I	1.448.225
01411N	182.850
01412 Dringender Besuch II	102.660
01412N	14.160
01415 Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit	91.155
01430 Verwaltungskomplex	516.985
01435 Telefonische Beratung im Zusammenhang mit einer Erkrankung	218.280
01436 Konsultationspauschale	8.650
01602 Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	280
01620 Bescheinigung oder Zeugnis	57.702
01621 Krankheitsbericht	95.729
01622 Kurplan, Gutachten, Stellungnahme	422.572
01623 Kurvorschlag	43.650
01820 Rezepte, Überweisungen, Befundübermittlung	6.780
02501 Einzelinhalationstherapie mit speziellem Verneblersystem	32.875
04130 Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme bei persönlichem A-P-K	444.960
04235 Qualifikation Psychosomatik	5.840.720
Gesamt	49.602.257

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Arztgruppe = Nervenärzte*

Tab. : Leistungsbedarf nach GOP in Zeitkategorie zur Anwendung des "Ersatzverfahrens"

	Gesamter Leistungsbedarf in Punkten <Primär+Ersatzkasse>
	Summe
01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	96.015
01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	7.965
01102 Inanspruchnahme an Samstagen	58.995
01210 Notfallpauschale	445.095
01211 Zusatzpauschale Besuchsbereitschaft	280.245
01214 Notfallkonsultationspauschale I	1.500
01215 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01214	750
01216 Notfallkonsultationspauschale II	10.230
01217 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01216	6.355
01218 Notfallkonsultationspauschale III	8.910
01219 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01218	5.610
01220 Reanimationskomplex	2.635
01411 Dringender Besuch I	490.250
01411N	107.325
01412 Dringender Besuch II	28.320
01412H Dringender Besuch 50% der Punktzahl	5.310
01412N	1.770
01415 Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mi	208.575
01422 Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege	6.840
01424 Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege	39.900
01430 Verwaltungskomplex	912.870
01435 Telefonische Beratung im Zusammenhang mit einer Erkrankung	40.800
01436 Konsultationspauschale	12.500
01602 Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	62.965
01610 Bescheinigung zur Belastungsgrenze	28.200
01620 Bescheinigung oder Zeugnis	9.064
01621 Krankheitsbericht	46.729
01622 Kurplan, Gutachten, Stellungnahme	313.270
01623 Kurvorschlag	3.150
01951 Zuschlag Wochenende, Feiertage	68.670
12225 Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 12220 aufgeführten Arztgruppen bei Probeneinsendung	45
21330 Konvulsionsbehandlung	265
34470 MRT-Angiographie der Hirngefäße	44.275
34489 MRT-Angiographie der Becken- und Beinarterien (ohne Fußgefäße)	15.375
Gesamt	3.370.773

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Arztgruppe = Orthopäden

Tab. : Leistungsbedarf nach GOP in Zeitkategorie zur Anwendung des "Ersatzverfahrens"

	Gesamter Leistungsbedarf in Punkten <Primär+Ersatzkasse>
	Summe
01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	220.335
01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	92.040
01102 Inanspruchnahme an Samstagen	1.219.230
01210 Notfallpauschale	2.594.430
01211 Zusatzpauschale Besuchsbereitschaft	1.633.530
01214 Notfallkonsultationspauschale I	4.400
01215 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01214	2.200
01216 Notfallkonsultationspauschale II	24.420
01217 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01216	15.170
01218 Notfallkonsultationspauschale III	31.590
01219 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01218	19.890
01220 Reanimationskomplex	10.540
01411 Dringender Besuch I	2.294.900
01411N	426.650
01412 Dringender Besuch II	19.470
01414 Visite auf der Belegstation, je Patient	1.052.520
01414N	12.005
01415 Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit	108.150
01422 Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege	1.140
01430 Verwaltungskomplex	286.580
01435 Telefonische Beratung im Zusammenhang mit einer Erkrankung	3.480
01436 Konsultationspauschale	61.500
01602 Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	205.625
01610 Bescheinigung zur Belastungsgrenze	21.000
01620 Bescheinigung oder Zeugnis	326.904
01621 Krankheitsbericht	1.450.077
01622 Kurplan, Gutachten, Stellungnahme	2.583.031
01623 Kurvorschlag	107.250
12225 Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 12220 aufgeführten Arztgruppen bei Probeneinsendung	315
36861 Strukturpauschale bei einer Verweildauer bis zu 13 Tagen	32.400
Gesamt	14.860.772

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Arztgruppe = Radiologen

Tab. : Leistungsbedarf nach GOP in Zeitkategorie zur Anwendung des "Ersatzverfahrens"

	Gesamter Leistungsbedarf in Punkten <Primär+Ersatzkasse>
	Summe
01102 Inanspruchnahme an Samstagen	2.280
01210 Notfallpauschale	355.995
01211 Zusatzpauschale Besuchsbereitschaft	224.145
01214 Notfallkonsultationspauschale I	1.000
01215 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01214	500
01216 Notfallkonsultationspauschale II	1.650
01217 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01216	1.025
01218 Notfallkonsultationspauschale III	2.835
01219 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01218	1.785
01411 Dringender Besuch I	243.800
01411N	58.300
01430 Verwaltungskomplex	35
01620 Bescheinigung oder Zeugnis	85
12225 Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 12220 aufgeführten Arztgruppen bei Probeneinsendung	15
17312 Zuschlag Ganzkörperzusatz	468.825
17362 Zuschlag SPECT, Einkopf	260.300
17363 Zuschlag SPECT, Zwei- oder Mehrkopf	1.057.890
34470 MRT-Angiographie der Hirngefäße	1.626.625
34475 MRT-Angiographie der Halsgefäße	744.960
34480 MRT-Angiographie der thorakalen Aorta und ihrer Abgänge und/oder ihrer Äste	69.120
34485 MRT-Angiographie der abdominalen Aorta und ihrer Äste 1. Ordnung	632.320
34489 MRT-Angiographie der Becken- und Beinarterien (ohne Fußgefäße)	2.649.625
34490 MRT-Angiographie der Armarterien und armversorgenden Arterien	7.680
34492 Weitere Sequenzen nach Kontrastmitteleinbringung	197.060
Gesamt	8.607.855

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Arztgruppe = Urologen

Tab. : Leistungsbedarf nach GOP in Zeitkategorie zur Anwendung des "Ersatzverfahrens"

	Gesamter Leistungsbedarf in Punkten <Primär+Ersatzkasse>
	Summe
01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	265.290
01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	318.600
01102 Inanspruchnahme an Samstagen	68.400
01210 Notfallpauschale	1.078.515
01211 Zusatzpauschale Besuchsbereitschaft	679.065
01214 Notfallkonsultationspauschale I	2.600
01215 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01214	1.300
01216 Notfallkonsultationspauschale II	7.590
01217 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01216	4.715
01218 Notfallkonsultationspauschale III	14.985
01219 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01218	9.435
01411 Dringender Besuch I	1.851.025
01411A	1.325
01411N	337.875
01412 Dringender Besuch II	454.890
01412N	12.390
01414 Visite auf der Belegstation, je Patient	1.119.895
01415 Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit	1.093.860
01415N	12.360
01422 Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege	380
01430 Verwaltungskomplex	352.345
01435 Telefonische Beratung im Zusammenhang mit einer Erkrankung	44.520
01436 Konsultationspauschale	10.200
01602 Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	38.045
01610 Bescheinigung zur Belastungsgrenze	8.120
01620 Bescheinigung oder Zeugnis	20.169
01621 Krankheitsbericht	15.690
01622 Kurplan, Gutachten, Stellungnahme	125.867
01623 Kurvorschlag	1.650
01820 Rezepte, Überweisungen, Befundübermittlung	20.070
01951 Zuschlag Wochenende, Feiertage	228.900
12225 Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 12220 aufgeführten Arztgruppen bei Probeneinsendung	40.845
36861 Strukturpauschale bei einer Verweildauer bis zu 13 Tagen	128.600
Gesamt	8.369.516

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Arztgruppe = Innere Medizin, SP Gastroenterologie

Tab. : Leistungsbedarf nach GOP in Zeitkategorie zur Anwendung des "Er-satzverfahrens"(a)

	Gesamter Leistungsbedarf in Punkten <Primär+Ersatzkassen>
	Summe
01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	16.095
01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	2.655
01102 Inanspruchnahme an Samstagen	52.725
01210 Notfallpauschale	284.310
01211 Zusatzpauschale Besuchsbereitschaft	179.010
01214 Notfallkonsultationspauschale I	1.400
01215 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01214	700
01216 Notfallkonsultationspauschale II	5.610
01217 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01216	3.485
01218 Notfallkonsultationspauschale III	3.645
01219 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01218	2.295
01220 Reanimationskomplex	5.270
01411 Dringender Besuch I	491.575
01411N	56.975
01412 Dringender Besuch II	150.450
01415 Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit	72.615
01430 Verwaltungskomplex	92.925
01435 Telefonische Beratung im Zusammenhang mit einer Erkrankung	5.580
01436 Konsultationspauschale	454.150
01602 Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	39.480
01610 Bescheinigung zur Belastungsgrenze	7.200
01620 Bescheinigung oder Zeugnis	5.401
01621 Krankheitsbericht	6.796
01622 Kurplan, Gutachten, Stellungnahme	32.752
01623 Kurvorschlag	3.000
01820 Rezepte, Überweisungen, Befundübermittlung	180
02501 Einzelinhalationstherapie mit speziellem Verneblersystem	125
03235 Qualifikation Psychosomatik	2.180
12225 Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 12220 aufgeführten Arztgruppen bei Probeneinsendung	3.360
Gesamt	1.981.944

*ohne Neurol., Psych.

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Arztgruppe = Innere Medizin, SP Kardiologie

Tab. : Leistungsbedarf nach GOP in Zeitkategorie zur Anwendung des "Ersatzverfahrens"(a)

	Gesamter Leistungsbedarf in Punkten <Primär+Ersatzkasse>
	Summe
01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	21.090
01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	38.055
01102 Inanspruchnahme an Samstagen	41.325
01210 Notfallpauschale	540.270
01211 Zusatzpauschale Besuchsbereitschaft	340.170
01214 Notfallkonsultationspauschale I	800
01215 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01214	400
01216 Notfallkonsultationspauschale II	23.100
01217 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01216	14.350
01218 Notfallkonsultationspauschale III	13.365
01219 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01218	8.415
01220 Reanimationskomplex	5.270
01411 Dringender Besuch I	638.650
01411N	143.100
01412 Dringender Besuch II	21.240
01412N	1.770
01415 Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit	3.090
01430 Verwaltungskomplex	126.840
01435 Telefonische Beratung im Zusammenhang mit einer Erkrankung	3.780
01436 Konsultationspauschale	211.800
01602 Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	45.080
01610 Bescheinigung zur Belastungsgrenze	3.600
01620 Bescheinigung oder Zeugnis	5.270
01621 Krankheitsbericht	33.894
01622 Kurplan, Gutachten, Stellungnahme	22.444
01623 Kurvorschlag	1.200
12225 Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 12220 aufgeführten Arztgruppen bei Probeneinsendung	570
17362 Zuschlag SPECT, Einkopf	1.240.700
Gesamt	3.549.638

*ohne Neurol., Psych.

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Arztgruppe = Innere Medizin, SP Nephrologie

Tab. : Leistungsbedarf nach GOP in Zeitkategorie zur Anwendung des "Ersatzverfahrens"(a)

	Gesamter Leistungsbedarf in Punkten <Primär+Ersatzkategorie>
	Summe
01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	28.860
01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	13.275
01102 Inanspruchnahme an Samstagen	87.210
01210 Notfallpauschale	443.880
01211 Zusatzpauschale Besuchsbereitschaft	279.480
01214 Notfallkonsultationspauschale I	1.900
01215 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01214	950
01216 Notfallkonsultationspauschale II	9.570
01217 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01216	5.945
01218 Notfallkonsultationspauschale III	11.340
01219 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01218	7.140
01220 Reanimationskomplex	5.270
01411 Dringender Besuch I	327.275
01411N	86.125
01415 Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit	3.090
01430 Verwaltungskomplex	63.280
01435 Telefonische Beratung im Zusammenhang mit einer Erkrankung	3.540
01436 Konsultationspauschale	3.400
01602 Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	20.090
01610 Bescheinigung zur Belastungsgrenze	8.240
01620 Bescheinigung oder Zeugnis	1.615
01621 Krankheitsbericht	10.750
01622 Kurplan, Gutachten, Stellungnahme	12.624
01623 Kurvorschlag	750
01951 Zuschlag Wochenende, Feiertage	210
12225 Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 12220 aufgeführten Arztgruppen bei Probeneinsendung	35.445
Gesamt	1.471.254

*ohne Neurol., Psych.

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Arztgruppe = Innere Medizin, SP Pneumologie

Tab. : Leistungsbedarf nach GOP in Zeitkategorie zur Anwendung des "Ersatzverfahrens"(a)

	Gesamter Leistungsbedarf in Punkten <Primär+Ersatzkasse>
	Summe
01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	2.775
01102 Inanspruchnahme an Samstagen	19.665
01210 Notfallpauschale	638.280
01211 Zusatzpauschale Besuchsbereitschaft	401.880
01214 Notfallkonsultationspauschale I	500
01215 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01214	250
01216 Notfallkonsultationspauschale II	3.960
01217 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01216	2.460
01218 Notfallkonsultationspauschale III	4.455
01219 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01218	2.805
01411 Dringender Besuch I	590.950
01411N	86.125
01412 Dringender Besuch II	49.560
01415 Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit	1.545
01430 Verwaltungskomplex	311.255
01435 Telefonische Beratung im Zusammenhang mit einer Erkrankung	7.560
01436 Konsultationspauschale	29.200
01602 Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	89.145
01610 Bescheinigung zur Belastungsgrenze	13.160
01620 Bescheinigung oder Zeugnis	12.360
01621 Krankheitsbericht	22.558
01622 Kurplan, Gutachten, Stellungnahme	55.547
01623 Kurvorschlag	9.900
01820 Rezepte, Überweisungen, Befundübermittlung	300
02501 Einzelinhalationstherapie mit speziellem Verneblersystem	73.750
12225 Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 12220 aufgeführten Arztgruppen bei Probeneinsendung	6.840
Gesamt	2.436.785

*ohne Neurol., Psych.

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Arztgruppe = Kinder-/Jugendpsychiatrie/ psychotherapie

Tab. : Leistungsbedarf nach GOP in Zeitkategorie zur Anwendung des "Er-
satzverfahrens"(a)

	Gesamter Leis- tungsbedarf in Punkten <Pri- mär+Ersatzkas- se>
	Summe
01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	4.995
01102 Inanspruchnahme an Samstagen	47.310
01210 Notfallpauschale	130.005
01211 Zusatzpauschale Besuchsbereitschaft	81.855
01214 Notfallkonsultationspauschale I	100
01215 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01214	50
01216 Notfallkonsultationspauschale II	1.980
01217 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01216	1.230
01218 Notfallkonsultationspauschale III	3.645
01219 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01218	2.295
01411 Dringender Besuch I	120.575
01411N	30.475
01412 Dringender Besuch II	1.770
01430 Verwaltungskomplex	52.780
01435 Telefonische Beratung im Zusammenhang mit einer Erkrankung	7.380
01436 Konsultationspauschale	50
01602 Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	280
01610 Bescheinigung zur Belastungsgrenze	600
01620 Bescheinigung oder Zeugnis	595
01621 Krankheitsbericht	1.625
01622 Kurplan, Gutachten, Stellungnahme	2.820
01623 Kurvorschlag	300
Gesamt	492.715

*ohne Neurol., Psych.

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Arztgruppe = Pathologie

Tab. : Leistungsbedarf nach GOP in Zeitkategorie zur Anwendung des "Ersatzverfahrens"(a)

	Gesamter Leistungsbedarf in Punkten <Primär+Ersatzkasse>
	Summe
01210 Notfallpauschale	159.165
01211 Zusatzpauschale Besuchsbereitschaft	100.215
01214 Notfallkonsultationspauschale I	300
01215 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01214	150
01216 Notfallkonsultationspauschale II	1.650
01217 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01216	1.025
01218 Notfallkonsultationspauschale III	2.430
01219 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01218	1.530
01411 Dringender Besuch I	205.375
01411N	29.150
12225 Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 12220 aufgeführten Arztgruppen bei Probeneinsendung	7.485
Gesamt	508.475

*ohne Neurol., Psych.

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Arztgruppe = Psychiatrie

Tab. : Leistungsbedarf nach GOP in Zeitkategorie zur Anwendung des "Ersatzverfahrens"(a)

	Gesamter Leistungsbedarf in Punkten <Primär+Ersatzkasse>
	Summe
01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	230.880
01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	118.590
01102 Inanspruchnahme an Samstagen	194.655
01210 Notfallpauschale	542.295
01211 Zusatzpauschale Besuchsbereitschaft	341.445
01214 Notfallkonsultationspauschale I	1.900
01215 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01214	950
01216 Notfallkonsultationspauschale II	5.280
01217 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01216	3.280
01218 Notfallkonsultationspauschale III	8.910
01219 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01218	5.610
01411 Dringender Besuch I	655.875
01411N	99.375
01412 Dringender Besuch II	30.090
01415 Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit	43.260
01422 Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege	22.800
01424 Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege	131.100
01430 Verwaltungskomplex	269.745
01435 Telefonische Beratung im Zusammenhang mit einer Erkrankung	11.580
01436 Konsultationspauschale	1.200
01602 Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	6.965
01610 Bescheinigung zur Belastungsgrenze	22.720
01620 Bescheinigung oder Zeugnis	41.461
01621 Krankheitsbericht	48.618
01622 Kurplan, Gutachten, Stellungnahme	530.553
01623 Kurvorschlag	6.150
01951 Zuschlag Wochenende, Feiertage	413.700
21330 Konvulsionsbehandlung	265
Gesamt	3.789.252

*ohne Neurol., Psych.

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Arztgruppe = Psychosomat. Med. u. Psychotherapie

Tab. : Leistungsbedarf nach GOP in Zeitkategorie zur Anwendung des "Ersatzverfahrens"(a)

	Gesamter Leistungsbedarf in Punkten <Primär+Ersatzkasse>
	Summe
01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	80.475
01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	12.390
01102 Inanspruchnahme an Samstagen	3.135
01210 Notfallpauschale	393.660
01211 Zusatzpauschale Besuchsbereitschaft	247.860
01214 Notfallkonsultationspauschale I	700
01215 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01214	350
01216 Notfallkonsultationspauschale II	7.590
01217 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01216	4.715
01218 Notfallkonsultationspauschale III	10.125
01219 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01218	6.375
01411 Dringender Besuch I	398.825
01411N	165.625
01424 Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege	380
01430 Verwaltungskomplex	280
01435 Telefonische Beratung im Zusammenhang mit einer Erkrankung	600
01436 Konsultationspauschale	400
01602 Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	595
01610 Bescheinigung zur Belastungsgrenze	240
01620 Bescheinigung oder Zeugnis	6.035
01621 Krankheitsbericht	13.125
01622 Kurplan, Gutachten, Stellungnahme	24.340
01623 Kurvorschlag	750
Gesamt	1.378.570

*ohne Neurol., Psych.

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Arztgruppe = Ärztliche Psychotherapeu- ten

Tab. : Leistungsbedarf nach GOP in Zeitkategorie zur Anwendung des "Ersatzverfahrens"(a)

	Gesamter Leistungsbedarf in Punkten <Primär+Ersatzkasse>
	Summe
01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	43.290
01102 Inanspruchnahme an Samstagen	45.885
01210 Notfallpauschale	715.635
01211 Zusatzpauschale Besuchsbereitschaft	450.585
01214 Notfallkonsultationspauschale I	1.100
01215 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01214	550
01216 Notfallkonsultationspauschale II	17.490
01217 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01216	10.865
01218 Notfallkonsultationspauschale III	16.605
01219 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01218	10.455
01220 Reanimationskomplex	2.635
01411 Dringender Besuch I	484.950
01411N	235.850
01424 Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege	380
01430 Verwaltungskomplex	350
01435 Telefonische Beratung im Zusammenhang mit einer Erkrankung	780
01436 Konsultationspauschale	250
01602 Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	280
01610 Bescheinigung zur Belastungsgrenze	360
01620 Bescheinigung oder Zeugnis	11.815
01621 Krankheitsbericht	6.697
01622 Kurplan, Gutachten, Stellungnahme	34.814
01623 Kurvorschlag	150
01951 Zuschlag Wochenende, Feiertage	422.730
Gesamt	2.514.501

*ohne Neurol., Psych.

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Arztgruppe = Psychologische Psychotherapeuten

Tab. : Leistungsbedarf nach GOP in Zeitkategorie zur Anwendung des "Ersatzverfahrens"(a)

	Gesamter Leistungsbedarf in Punkten <Primär+Ersatzkasse>
	Summe
01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	190.365
01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	78.765
01411 Dringender Besuch I	5.300
01412 Dringender Besuch II	8.850
01430 Verwaltungskomplex	735
01435 Telefonische Beratung im Zusammenhang mit einer Erkrankung	4.560
01436 Konsultationspauschale	3.700
01602 Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	1.365
01620 Bescheinigung oder Zeugnis	18.445
01621 Krankheitsbericht	29.224
01622 Kurplan, Gutachten, Stellungnahme	59.590
Gesamt	400.898

*ohne Neurol., Psych.

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein III/2008

Arztgruppe = Kinder- u. Jugendl.- Psychotherapeuten

Tab. : Leistungsbedarf nach GOP in Zeitkategorie zur Anwendung des "Ersatzverfahrens"(a)

	Gesamter Leistungsbedarf in Punkten <Primär+Ersatzkasse>
	Summe
01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	27.750
01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	7.965
01102 Inanspruchnahme an Samstagen	15.105
01210 Notfallpauschale	9.720
01211 Zusatzpauschale Besuchsbereitschaft	6.120
01218 Notfallkonsultationspauschale III	2.835
01219 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01218	1.785
01411 Dringender Besuch I	17.225
01411N	9.275
01435 Telefonische Beratung im Zusammenhang mit einer Erkrankung	2.940
01602 Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	140
01610 Bescheinigung zur Belastungsgrenze	240
01620 Bescheinigung oder Zeugnis	2.975
01621 Krankheitsbericht	2.822
01622 Kurplan, Gutachten, Stellungnahme	3.240
Gesamt	110.137

*ohne Neurol., Psych.

Quelle: KV Brandenburg und Nordrhein III/2008